Société Générale d'Imprimerie
Pélisserie, 18

REVUE MÉDICALE

DE

LA SUISSE ROMANDE

RÉDACTEURS

JAQUES-L. REVERDIN J.-L. PREVOST

Professeurs à la Faculté de Médecine de Genève

C. PICOT

Médecin de l'Infirmerie du Prieuré

AVEC LA COLLABORATION DE

MM. DUFOUR, Professeur et DE CÉRENVILLE, Professeur honoraire
à la Faculté de médecine de Lausanne
anciens rédacteurs du *Bulletin*.

VINGT-QUATRIÈME ANNÉE. — 1904

Trente-huittième année du *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*.

GENÈVE

GEORG & Cie, LIBRAIRES-ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'UNIVERSITÉ

1904

XXIVme ANNÉE. — N° 1. 20 JANVIER 1904.

REVUE MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

Péricolite cicatricielle postappendiculaire

Par le Dr E. Tavel.
Professeur à l'Université de Berne.

Communication au *Congrès français de chirurgie*, octobre 1903.

Je désire, dans cette petite communication, attirer l'attention des médecins sur une complication fréquente de l'appendicite, bien connue certainement de tous les chirurgiens de profession, qui toutefois n'en tiennent pas assez compte, et trop peu connue du praticien qui n'a pas l'occasion de promener ses mains dans le ventre de ses semblables.

Que l'appendicite provoque la formation d'adhérences, de brides dans son voisinage, fasse de la péricolite, de la périovarite, de la périsalpingite, chacun le sait.

Ce que l'on sait moins, c'est que ces complications et en particulier la péricolite puissent non seulement subsister une fois l'accès aigu calmé, mais même s'aggraver, malgré la guérison complète de l'appendice ou son extirpation, et simuler alors une péritypblite chronique ou à répétitions avec les douleurs, la fièvre, les malaises, les vomissements et tout le cortège des symptômes bien connus de cette affection.

Un cas de ce genre m'a particulièrement frappé il y a un an et depuis j'en ai observé six analogues parmi les nombreux cas d'appendicite que j'ai eu l'heur de soigner et d'opérer.

J'avais commis dans ce cas une faute que la plupart des chirurgiens commettent encore et que j'éviterai à l'avenir, j'avais omis de faire la *revision du colon ascendant.*

En la faisant régulièrement, en faisant de cette revision un acte opératoire systématique, le chirurgien s'éviterait bien des

mécomptes et l'opéré aurait moins souvent l'occasion de dire que l'opération n'a servi de rien.

Sonnenburg, dans sa « Pathologie et Thérapie de la périty-phlite », n'aborde la question dans aucun des chapitres de son livre ; la seule allusion qu'il fasse à la péricolite est pour réfuter Windscheid qui a voulu faire de la péricolite exsudative une maladie nouvelle, parce que, dans les cas qu'il décrit, il n'y avait pas de symptômes d'affection primaire du rein ou de la vésicule et parce que la fosse iliaque était libre.

Sonnenburg rappelle avec raison que l'exsudat consécutif à l'appendicite peut très bien, du fait d'une position anormale de l'appendice, être limité au trajet du colon ascendant et laisser le cœcum et par conséquent la fosse iliaque intacts.

J'ai observé dernièrement un cas typique de ce genre à l'Hôpital des enfants, mais, s'il est probable que Sonnenburg a raison pour la plupart des cas, il ne paraît pas douteux, d'après une observation de Bäumler, que la péricolite exsudative suivie même de péritonite généralisée peut se produire sans participation de l'appendice ; Bäumler attire en outre l'attention sur le fait que la colite peut simuler une appendicite.

Lanz explique les « appendicites du Dimanche » si fréquentes dans nos régions par une typhlite à laquelle succède *secondairement* l'appendicite, ceci contrairement à l'opinion de Sahli qui ne croit pas à la typhlite primitive et au boudin stercoral.

Czerny et Heddœus mentionnent aussi des complications inflammatoires des organes voisins de l'appendice et montrent qu'elles sont la cause de désordres multiples qui peuvent entraîner la mort, même après la guérison de l'appendicite. Ces cas, désignés par Fenger sous le nom de *postappendicites,* entraînent souvent des désordres de digestion, de la stase intestinale et des troubles qui décident le malade à l'opération. Il suffit alors, disent Czerny et Heddœus, d'enlever l'appendice pour voir tout rentrer dans l'ordre. Ils disent bien que la libération du cœcum est indiquée et devrait se faire méthodiquement, comme Lauenstein sépare la vésicule biliaire de son entourage, mais que cette mesure est rendue illusoire par le fait que nous n'avons aucun moyen d'empêcher les adhérences de se reformer.

Franke, qui étudie longuement la *pseudo-appendicite,* c'est-à-dire les cas qui pourraient être pris pour des appendicites sans en être de fait, ne mentionne pas la péricolite et pense que la

plupart de ces cas sont des névralgies du nerf iléo-hypogastrique. Les nombreux auteurs cités par lui à propos de cette question ne mentionnent pas davantage la péricolite comme cause de pseudo-appendicite.

En consultant enfin la casuistique des opérations d'appendicite à froid, on trouve des observations qui bien probablement se rapportent à des cas de péricolite, telle l'obs. XVII de Kœnig dans Neuhaus, où à l'opération on trouve l'appendice libre et où la malade continue à avoir des douleurs après l'opération. Telle aussi l'obs. XVIII où le malade a été relaparotomisé trois fois depuis l'appendicectomie pour des douleurs de la région iléo-cœcale, sans guérison définitive, ce qui fit considérer les douleurs comme de nature hystérique.

On voit par ce rapide exposé de ce que j'ai trouvé dans la littérature à ma portée que le point spécial que je désire traiter, *la péricolite adhésive, cicatricielle, postappendiculaire,* n'a pas été expressément abordé.

Gersuny a décrit une *adhérence péritonéale typique* qu'on observerait fréquemment à gauche avec point de départ à la jonction du colon descendant et du colon sigmoïde. Cette bride réunirait le gros intestin aux parois abdominales ou aussi à d'autres organes intra-abdominaux et donnerait fréquemment lieu à des volvulus ou à des hernies internes. Elle serait donc presque un pendant à gauche de ce que nous décrirons pour le côté droit.

Considérations anatomiques.

Nous n'avons à parler ici que des relations du colon ascendant avec le péritoine pariétal et avec l'épiploon.

Il est bien connu que, ordinairement, le colon ascendant est assez largement fixé à la paroi postérieure de l'abdomen et que, de ce fait, le péritoine ne recouvre que ses parties antérieure et latérales; c'est là la raison qui rend toujours un peu problématique la suture circulaire de cet intestin, tandis que la suture du colon transverse bien pédiculé et complètement recouvert du péritoine tient toujours pour peu qu'elle soit convenablement exécutée.

Le cœcum, lui, a une base d'implantation et de fixation extropéritonéale dont la largeur varie passablement; quelquefois le pédicule mésentérique est large et court, d'autres fois

long et si étroit que, comme dans le mésentère de l'intestin grêle, les deux feuillets du péritoine sont accollés l'un à l'autre. Dans ce dernier cas, on observe souvent une mobilité très grande de l'organe, le *cœcum vagabundum* de Roux. Le mésocœcum et le mésocolon ascendant sont toujours placés à la partie postérieure de l'intestin qu'ils fixent dans la gouttière formée par le psoas et la paroi latérale de l'abdomen. Normalement, la partie latérale externe du colon ascendant n'a pas d'attaches et n'est pas fixée à la paroi abdominale, néanmoins cette fixation par adhérences est si fréquente qu'on a de la peine à croire qu'il s'agit là d'une anomalie et que, d'après ce que m'a confirmé le professeur Strasser, on la trouve dans la majorité des cas.

Ces adhérences en général assez vascularisées ont toujours une direction oblique; elles partent de la paroi abdominale et descendent s'insérer sur la paroi externe du colon ascendant et du cœcum.

Souvent aussi on trouve la face interne du colon ascendant plus ou moins fixée et adhérente avec le bord de l'épiploon; ici aussi il ne s'agit pas d'une fixation normale, mais d'adhérences survenues ensuite de procès pathologiques, d'inflammations localisées du colon ascendant, du cœcum ou de l'appendice.

Ce sont les rétractions cicatricielles qui se produisent dans ces adhérences néoformées, anormales du colon ascendant, que j'ai spécialement en vue dans ce travail.

Mais le péritoine viscéral de l'intestin, quand il a été enflammé, est aussi sujet à la rétraction cicatricielle qui se produira soit parallèlement, soit perpendiculairement à l'axe de l'intestin, comme nous le verrons dans les observations suivantes et en particulier dans le cas VI.

Observations.

Le premier cas qui m'a mis sur la piste de cette affection est le suivant :

Obs. I. — Mme X., 32 ans.

A eu son premier accès de périthyphlite en 1893; il a duré une nuit sans forte fièvre, sans vomissements. Elle a gardé le lit jusqu'à son rétablissement. Dès lors elle a eu plusieurs accès légers jusqu'en 1895, puis ils cessèrent complètement.

En janvier 1900, après une fausse couche, nouvel accès de quelques jours de durée, puis dégoût complet de la nourriture.

Au moment des règles, douleurs assez vives les premiers huit jours, de sorte que son médecin, un spécialiste pour les affections gynécologiques, ne sait pas si les douleurs proviennent d'annexite ou d'appendicite.

1re *opération*, 3 juillet 1900. — Incision étoilée de Roux en narcose à l'éther. L'appendice qui ne présente aucune anomalie est excisé, puis l'ovaire assez gros et un peu adhérent également enlevé. Suture du péritoine et des muscles au catgut. Suture de la peau à la soie.

Marche absolument normale; la plus haute température le lendemain soir, 37,7.

L'examen anatomo-pathologique fait par MM. les prof. Langhans et Howald montre que soit la trompe soit l'ovaire présentent une structure histologique normale. Quant à l'appendice, la muqueuse manque presque partout et a été remplacée par un tronc fibreux infiltré de quelques leucocytes mononucléaires.

L'opération n'a pas eu le résultat désiré; les douleurs sont restées les mêmes et, au commencement de l'année 1902, la malade peut à peine se baisser, enlever ou remettre ses souliers; elle a passé par des périodes de fièvre avec température du matin de 37,3 à 38,0, surtout dans les quinze jours qui précédaient les règles.

Le seul bénéfice qu'elle a tiré de l'opération est que la constipation n'est plus aussi forte qu'autrefois; les selles sont irrégulières.

Elle dort mal, ne peut pas se coucher sur le côté gauche sans éprouver de fortes douleurs.

On sent dans la fosse iliaque droite une tumeur mobile, sensible, qui a été prise pour un rein mobile, mais qu'il est facile de ne pas identifier avec le rein lui-même qu'on sent distinctement au-dessus dans la station debout.

Les selles irrégulières, les douleurs, la tumeur, le manque d'appétit font penser à la tuberculose. On fait une injection diagnostique de tuberculine qui donne une réaction positive, mais sans augmentation des douleurs abdominales.

On conclut néanmoins à une tuberculose du cœcum, la tumeur étant toujours palpable, malgré les évacuations intestinales provoquées par des purgatifs.

Comme l'état est devenu intolérable, on se décide à opérer.

2me *opération*. 23 avril 1902. — Narcose à l'éther, incision pararectale, sagittale, en vue d'une résection du cœcum.

On trouve le cœcum normal, très mobile, il paraît ne pas être vide.

Tout le colon ascendant est examiné; on ne trouve aucune anomalie, ıuf au milieu une épaisse bride reliant son côté externe avec la paroi bdominale.

Le cœcum et le bas du colon ascendant forment une masse qui, grâce l'allongement du mésentère sur lequel elle est pédiculée, peut tourner

On ne peut guère s'expliquer la stase dans le cœcum, que par irritation réflexe due à la traction de la bride, traction qu'exagérait le décubitus latéral gauche.

Quant à la fièvre et aux malaises, ils doivent être attribués à l'intoxication stercorale.

L'apéristaltisme par irritation suite de bride n'est peut-être pas très connu, mais il existe certainement et j'en ai publié un cas dans mon travail sur le diagnotic du siège de l'occlusion dans l'ileus, je le rappelle brièvement ici :

Obs. II. (Cas du Dr Dick). — Mme X.

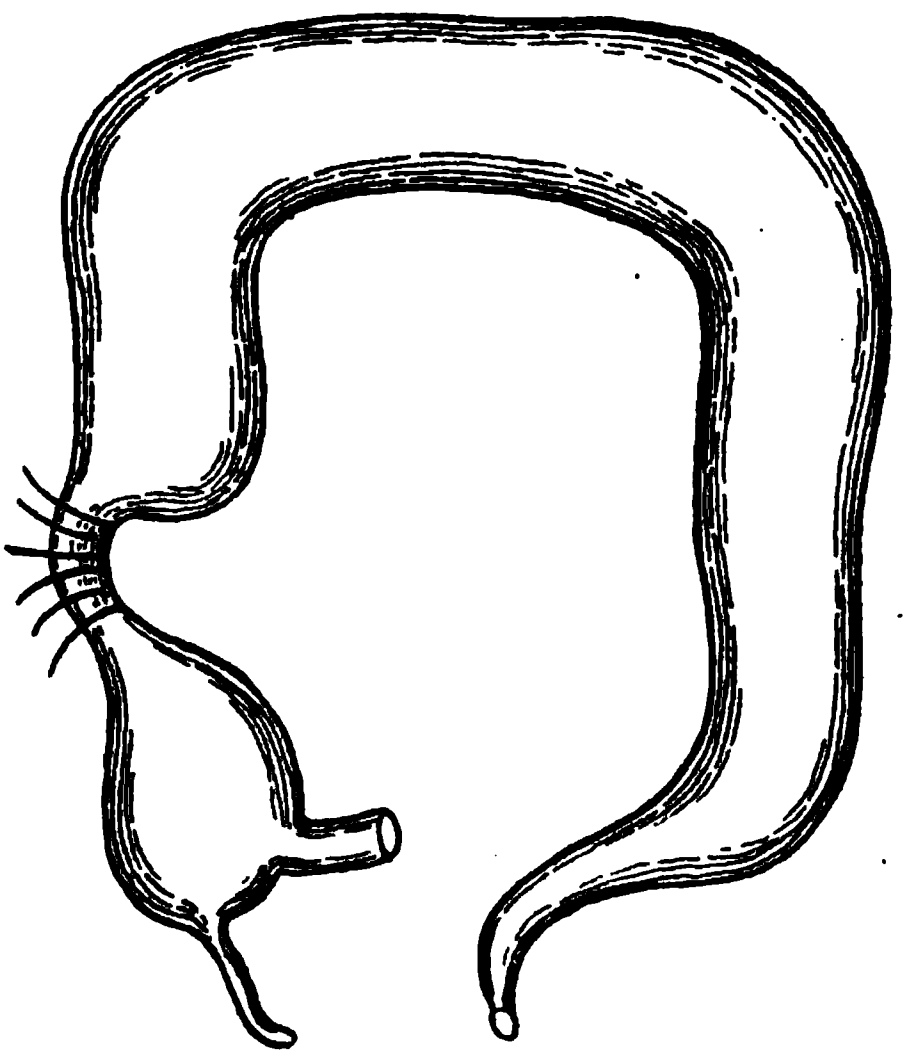
Pendant sa grossesse elle a eu constamment des douleurs dans le côté droit du ventre, attribuées à une périty phlite. Elle est accouchée au forceps le 15 novembre.

Après l'accouchement, on constate que le ventre est encore ballonné; la partie supérieure en particulier, dans la région sous-hépatique, est occupée par une énorme tumeur intestinale, dure. Le bas du ventre est mou. Pas de fièvre, pas de vomissements. Ni gaz, ni selles.

Le passage ne se produisant pas, on se décide à opérer.

18 *novembre*. Laparotomie. Le colon ascendant est fixé par une bride de 12 cm. de large à la paroi latérale de l'abdomen et forme là une coudure ; en amont le cœcum est peu dilaté, les intestins grêles sont vides, pas de péritonite.

Fig. 2.



En aval de la bride, le reste du colon ascendant, le colon transverse et le colon descendant jusque dans la fosse iliaque sont extrêmement dilatés et pleins de gaz, bien qu'il ne soit pas possible de découvrir un obstacle dans le colon sigmoïde (v. fig. 2).

L'intestin absolument inerte est ponctionné à trois endroits pour faire évacuer les gaz. La bride est incisée. La coudure redressée et le ventre refermé.

Bonne guérison.

La bride produisait dans ce cas une coudure du colon ascendant, or toute coudure est suivie de stase plus ou moins forte dans

l'intestin en amont, tandis que en aval la stase ne peut s'expliquer que par irritation réflexe. Ici encore une péricolite cicatricielle est la cause d'accidents interprétés pendant la grossesse comme étant des accès de périthyphlite, tandis qu'à l'opération on trouve une bride dont la section suffit à tout remettre en ordre.

Le cas suivant représente une combinaison des observations précédentes, mais est compliqué de périovarite.

Obs. III. — Mlle X., 26 ans.

Tousse depuis 1901, visitée par le Dr Schwarzenbach, de Tramelan, on constate un catarrhe du sommet avec sténose de la mitrale.

Le 4 mai 1902, elle est opérée à l'Hôpital de l'Ile après avoir été atteinte de périthyphlite le 25 mars 1902. Elle se lève le 10 mai souffrant encore de vives douleurs, se tenant très courbée et sort de l'hôpital le 15 mai.

Les douleurs qu'elle ressentait avant l'opération, lors de la périthyphlite, avaient un autre caractère que celles qu'elle éprouve dès lors ; outre les douleurs intestinales, elle ressent au moment des époques de violentes douleurs à droite, mais plus profondément.

L'ovaire droit a toujours été très sensible depuis la périthyphlite.

Une injection de tuberculine donne une assez forte réaction avec accentuation des douleurs dans le ventre.

Je vois la malade le 2 mars 1903, donc dix mois après l'opération de l'appendicite.

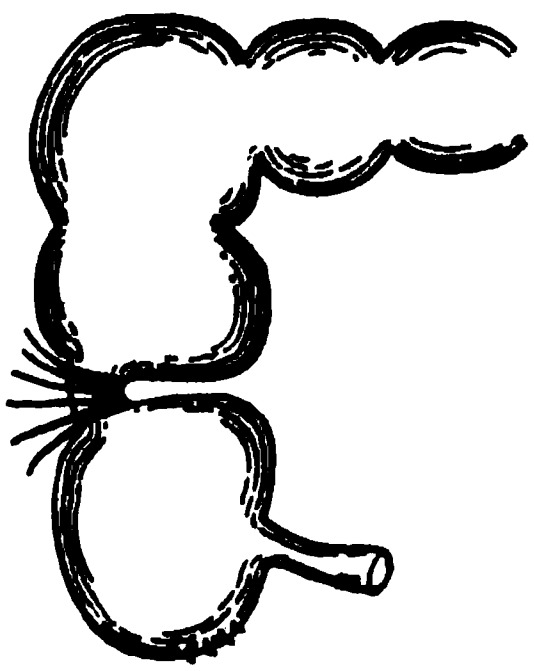
Status. Outre les modifications trouvées par le Dr Schwarzenbach, je constate une sensibilité très accentuée du cœcum qui paraît former une tumeur.

Diagnostic. Périovarite et péricolite cicatricielle.

Opération, 4 mars 1903. — Incision en narcose à l'éther sur la ligne blanche.

L'ovaire et la trompe droits ne sont pas adhérents et sont excisés. La revision du cœcum et du colon montre que la cicatrice de l'appendicectomie est parfaite, le surjet en soie est bien visible ; aucune inflammation de ce côté, aucune adhérence à cet endroit.

Fig. 3.



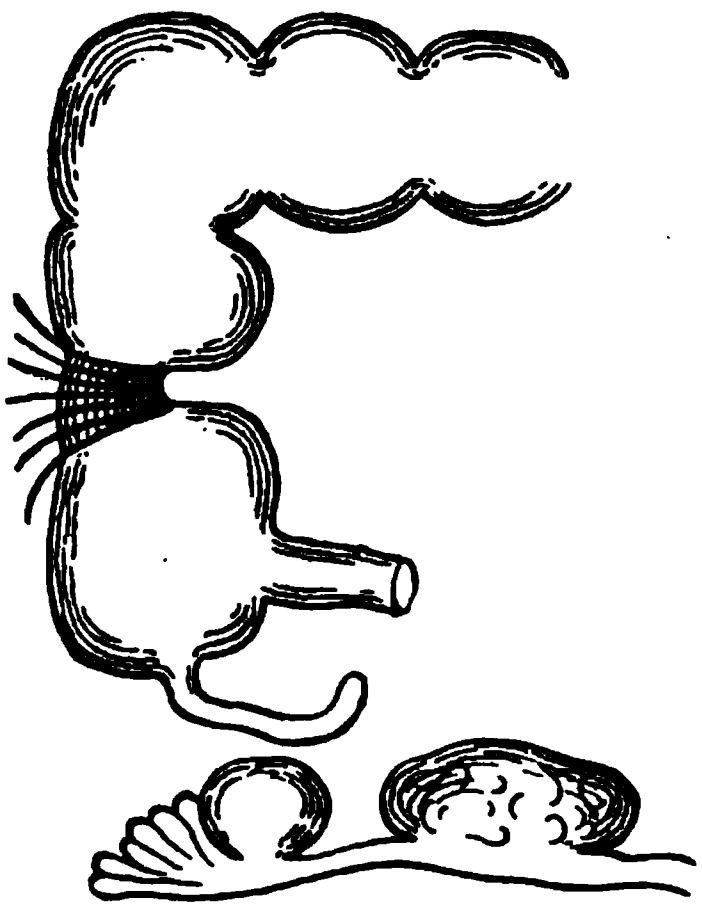
Au milieu du colon ascendant une forte bride enserre l'intestin et l'applique contre la paroi abdominale en formant une dépression profonde qui sténose l'intestin sans toutefois obstruer complètement le passage (v. fig. 3).

Au-dessus le colon est normal. Les autres organes sont normaux.

Section de la bride à son insertion sur le

Excision de ces organes. Irrigation abondante de solution salée-sodique.

Fig. 4.



Guérison presque sans douleurs.

La malade se lève au dixième jour et retourne chez elle au quinzième (voyage de sept heures).

Dès lors plus de douleurs abdominales, sauf au moment des règles.

Cette observation est un type des méfaits tardifs de l'appendicite; tandis que l'appendice lui-même se guérit sans laisser de traces appréciables de son inflammation, il cause sur les organes voisins, plus sujets à contracter des adhérences, des inflammations chroniques cicatricielles avec leur cortège ordinaire de douleurs.

Dans l'observation suivante, les ovaires n'entrent pas en cause et on aura donc un tableau clinique plus simple.

Obs. V. — X., 45 ans.

Pas d'antécédents.

Depuis le milieu de mars 1902 jusqu'au commencement de juin, appendicite sans fièvre, sans vomissements, ayant nécessité un séjour de huit semaines au lit. Dès lors douleurs dans le ventre et dans le dos.

La marche chronique de la maladie, les douleurs qui ont subsisté depuis lors, gargouillement constamment trouvé par le Dr de Salis, le médecin traitant, font penser à une sténose par tumeur tuberculeuse ou actinomycose vers le haut du colon ascendant, tandis que l'appendicite paraît devoir être exclue.

Je vois le malade le 17 septembre 1902. Organes thoraciques normaux, gros goitre, sans constriction de la trachée.

L'appendice est reconnu à la palpation, mais n'est pas particulièrement sensible. Le colon ascendant, au contraire, est très sensible à la pression, gargouillement prononcé.

Diagnostic. Péricolite après appendicite.

Opération, 22 septembre 1902. — Narcose avec le mélange de chloroforme-éther 1 : 3. Incision étoilée de Roux.

L'appendice est un peu hyperémié, coudé, un peu adhérent au cœcum, mais ne présente du reste pas de traces d'inflammation récente.

Le colon ascendant est fixé à la paroi abdominale externe par des adhérences obliques sans rétraction cicatricielle.

Du milieu du colon ascendant part une bride qui fait partie de l'épiploon et tire cette partie de l'intestin jusque tout près du colon transverse, le coudant sans toutefois entraîner une sténose mécanique. Section et excision de la bride (v. fig. 5).

Fig. 5.

Après l'opération, le malade ressent encore des douleurs pendant plusieurs jours, malgré la marche absolument normale de la guérison ; il ne peut vaquer à ses occupations que quatre semaines après l'opération. Les douleurs vont alors peu à peu en diminuant et, en janvier 1903, le malade est tout à fait bien.

Ce cas est très intéressant par le fait que le Dr de Salis, qui à ce moment ne connaissait pas encore les méfaits de la péricolite, a pu suffisamment préciser son diagnostic pour écarter l'idée d'une appendicite encore active.

De nouveau, dans ce cas, comme dans ceux des obs. I et III, on pense à la tuberculose, à l'actinomycose ou à une tumeur maligne.

Le gargouillement très caractéristique dans ce cas a également été constaté dans les observations I, III et IV.

L'observation suivante est la plus curieuse de toutes.

Obs. VI. — Mlle X., 25 ans.

A 20 ans, violent accès de périthyphlite; un an plus tard, nouvel accès. Dès lors toujours des douleurs de temps en temps, surtout au moment des règles.

Pas de constipation, aucun symptôme du côté des urines.

Pas de palpitations. Ni de troubles de respiration.

L'examen de la malade ne révèle rien d'anormal aux organes thoraciques et abdominaux, sauf une sensibilité dans la fosse iliaque droite où n sent l'appendice gros comme un doigt.

Opération le 8 février 1900 (trois ans après le premier accès).— Incision ilée de Roux. L'appendice un peu adhérent et turgescent est excisé. epsie sèche, ayant fait l'opération dans une autre clinique que celle j'opère ordinairement.

Pendant quatre jours, ni vents, ni selles, fort ballonnement, vomisse-

ments et élévation de la température sans symptômes péritoniques graves.

Ce n'est que le cinquième jour que la circulation intestinale se rétablit. Dès lors les mêmes douleurs qu'avant l'opération.

Le 19 mai 1902, l'opérée glisse et tombe sur le dos. Dans les heures suivantes, il se produit une tumeur dans le flanc droit ; le jour même, l'urine contient du sang.

Depuis lors, de temps en temps, de la fièvre et des accès de douleurs plus ou moins fortes dans la région lombaire, partant de la vessie et nécessitant un cathétérisme fréquent, ensuite de cystite et de pyélite (diagnostic du prof. Sahli).

La fièvre continue jusqu'en 1903.

Le Dr Arnd voit Mlle X. le 17 janvier 1903.

Dès lors la température varie constamment entre 38 et 39,5, descend rarement le matin jusqu'à 37 ou 37, 5.

A différentes reprises, avant le 1er janvier 1903, elle était montée bien au-dessus de 40, le 16 décembre au soir, par exemple, jusqu'à 43°. Antérieurement plusieurs fois la température avait atteint 44 dans l'aisselle et dépassé une fois 44,5 dans le rectum, si bien que la dilatation de la colonne de mercure fit sauter le thermomètre qui ne pouvait monter au delà, fait contrôlé par le prof. Sahli et le Dr de Salis.

Vomissements très fréquents pendant toute cette période.

Traitement par l'urotropine jusqu'à 3 gr. par jour et instillation de nitrate d'argent.

L'urine est trouble, coli-bacilles en culture pure.

Rein mobile, sensible à la pression.

Le 11 février 1903, *néphropexie* (Dr Arnd) ; le rein présente des cicatrices, mais du reste aucune modification anatomique appréciable.

L'opération n'amène aucun changement dans la fièvre, néanmoins les douleurs dans le dos et la sensibilité du rein disparaissent.

La sensibilité de la région cœcale, les vomissements et la fièvre persistent. Aucun régime n'influence cet état.

La quantité d'urine varie avec la quantité des vomissements, elle diminue quand ils sont fréquents.

Entrée à Salem le 29 avril, la malade continue à avoir de la fièvre variant ordinairement entre 38 et 39,5, des vomissements, etc.

Je la vois le 18 mai avec le Dr Arnd. La région du colon ascendant est sensible à la pression. Par le rectum on constate une sensibilité prononcée dans la région de l'ovaire droit.

Notre diagnostic est : périovarite et péricolite.

Opération le 20 mai 1903. — Narcose à l'éther.

Incision médiane. On trouve la cicatrice de l'excision de l'appendice parfaite, sans adhérences, le colon ascendant au contraire très fortement adhérent à la paroi abdominale latérale. Ces adhérencences vont à la partie supérieure de haut en bas et à la partie inférieure de bas en haut ;

pas encore la revision du colon, je ne puis dire ce qui en était à ce point de vue, mais les brides trouvées plus tard peuvent très bien m'avoir échappé, ayant pratiqué alors l'opération comme on le fait généralement ; elles doivent probablement donc avoir déjà existé. Survient la chute de 1902, la déchirure rénale, les troubles vésicaux et les températures fantastiques de la fin de 1902. Les vomissements, la fièvre, les douleurs sont attribués au rein mobile supposé infecté. Néanmoins la néphropexie n'amène guère d'amélioration, les phénomènes principaux subsistent et ne disparaîtront qu'avec l'excision des brides et la libération du colon.

Le mécanisme des troubles de fonction du colon est ici particulièrement intéressant. Il ne peut absolument pas être question de rétrécissements, de coudure ou d'un obstacle mécanique quelconque à la circulation intestinale. Il s'agit là de troubles purement fonctionnels dus à la fixation du colon par les brides.

Comme on le voit sur le schéma qui se rapporte à ce cas, une bride très épaisse, la bandelette antérieure épaissie, cicatricielle et rétractée, plisse le colon transversalement comme le soufflet d'un appareil photographique ou d'un harmonica, tandis que les brides latérales insérées en haut sur la bandelette même et en bas sur les parties latérales du cœcum tendent au contraire à le déplisser. Que dans ces conditions la péristaltique soit gênée, que la conséquence en soit des douleurs constantes, cela est bien naturel. Les vomissements journaliers survenant ordinairement quelques heures après les repas s'expliquent aussi comme réflexes.

Quant à la fièvre, elle est moins facile à comprendre, surtout les températures extraordinaires constatées. L'état avait été considéré longtemps comme de l'hystérie et nous lui trouvons ici une base anatomique très intéressante. Il est bien probable que beaucoup de cas d'hystérie reposent sur des modifications anatomiques qui échappent à un examen souvent impossible à approfondir suffisamment sans une intervention chirurgicale ou une autopsie.

Notre avant-dernière observation de péricolite post-appendiculaire est fort instructive et montre que la péricolite peut simuler même une affection extraabdominale.

Obs. VII. — Mlle X., 27 ans.

Toux et crachements de sang à l'âge de 17 à 18 ans.

partie moyenne, la muqueuse est injectée et la lumière de l'appendice renferme un peu de matières fécales; le bout de l'appendice est oblitéré.

Dès après l'opération les douleurs disparaissent complètement, pour ne pas revenir.

Ici la péricolite a été prise par les différents cliniciens qui l'ont examinée pour une spondylite et les symptômes étaient à la vérité si parlants pour une affection de la colonne que ni la malade ni son médecin n'ont d'abord voulu croire à mon diagnostic; cependant la coïncidence entre l'exaspération des douleurs du dos et la sensibilité de la tumeur abdominale, le boudin persistant dans l'hypochondre droit finirent par persuader la malade qui, au bout d'une quinzaine de jours, se décidait à subir l'opération.

Je donne enfin une observation de péricolite suite de fièvre typhoïde. Ici l'appendicite n'a peut-être joué aucun rôle étiologique.

Obs. VIII. — Mlle X., 31 ans.

A l'âge de 7 ans déjà, elle a eu des attaques réitérées de douleurs dans le ventre qui duraient de une à deux heures, mais pas de vrais accès caractéristiques d'appendicite.

Entre 14 et 15 ans, fièvre typhoïde assez violente pendant laquelle elle ressent des douleurs assez vives du côté droit; dès lors elle n'a plus été jamais bien portante, souffrait constamment de douleurs au côté droit, ne supportait plus certains aliments, les choses grasses en particulier.

A l'âge de 17 ans, étant en pension en Allemagne, elle est prise de forte diarrhée avec maux d'estomac.

De 19 à 21 ans, elle ressent constamment des douleurs dans le dos.

Dès l'âge de 21 ans, de nouveau une diarrhée rebelle qui s'arrêtait quelquefois pendant un ou deux mois, mais reprenait ensuite de plus belle.

Elle a consulté divers médecins qui n'ont guère amélioré son état; la diarrhée continuait toujours et était surtout violente au printemps sans fièvre et sans vomissements, mais accompagnée d'une grande sensibilité du ventre, sans ballonnement.

A l'âge de 27 ans, en séjour en Angleterre, elle est reprise de fortes diarrhées soignées d'abord sans succès à la campagne, puis à Londres, par un spécialiste pour la périty phlite qui diagnostique une appendicite et une affection de l'ovaire, mais ne veut pas l'opérer, parce qu'elle est trop faible.

Les douleurs étaient alors si grandes qu'elle ne pouvait marcher que courbée en avant; c'est dans cet état qu'elle est transportée à Paris et de là en Suisse.

c'était la constipation qui dominait, on voit ici la diarrhée prévaloir, mais on retrouve les maux de dos, la marche courbée du cas précédent et les douleurs fixes dans le flanc droit.

Ces quelques observations nous permettent déjà de tracer un tableau clinique de la péricolite. Il sera encore incomplet, mais suffisant pour servir de point de départ.

Etiologie.

Dans sept sur les huit cas décrits, *un ou plusieurs accès de périty phlite ont précédé les troubles imputables à la péricolite.* Ceci est caractéristique.

Dans le cas I, plusieurs accès de 1893 à 1895, puis un arrêt complet de cinq ans; au printemps 1900, nouvel accès, suite de fausse couche et dès lors douleurs constantes. L'excision de l'appendice et de l'ovaire droit n'amène aucune amélioration ; au contraire l'état empire pendant les deux années suivantes et ce n'est qu'après la section de la bride et la fixation du cœcum que la malade est soulagée.

Dans le cas de l'obs. II, c'est une grossesse qui détermine les accidents, mais évidemment ici la bride existait déjà et ce sont les tiraillements dus à la grossesse et à l'accouchement qui ont provoqué la rétraction cicatricielle et la transformation des adhérences en brides.

L'obs. III est aussi caractéristique comme étiologie : appendicite, appendicectomie, continuation des douleurs si bien que le diagnostic a pu être posé avant la seconde opération.

Dans le cas IV aussi le diagnostic de péricolite et périovarite a été posé avant l'opération et confirmé par celle-ci.

Le cas V, dont le début a été subaigu, pouvait facilement être pris pour un cas de tuberculose ou d'actinomycose du colon ascendant et, si je n'ai pas posé ce diagnostic admis par le médecin traitant, c'est d'un côté parce que mon attention était attirée sur la péricolite, d'autre part, parce que la palpation ne révélait pas de tumeur distincte.

Le cas VI si curieux est bien caractéristique aussi comme étiologie : appendicite, appendicectomie, pas d'amélioration et suites opératoires assez désagréables dues en partie à l'asepsie sèche, en partie probablement aussi à l'exagération de la péricolite déjà existante.

Dans le cas VII, plusieurs accès atypiques ont précédé la pé-

des brides au milieu des adhérences ordinaires. Ici la bandelette, tout en conservant sa largeur normale, avait pris une épaisseur de 3 à 4 millimètres et proéminait à la surface de l'intestin comme une règle qui aurait été appliquée sur lui.

Une bride analogue aux précédentes réunissait l'épiploon au colon ascendant et à l'utérus.

Au point de vue anatomique, le cas VII représente l'exagération et la dégénérescence cicatricielle la plus étendue de l'état si fréquemment trouvé chez l'homme même normal : l'adhérence du colon à sa partie externe avec la paroi abdominale.

Le cas VIII présente une certaine analogie avec les cas V et VI : coudure par rétraction des adhérences et traction dans deux sens différents par les brides.

Symptômes.

Le symptôme le plus constant de la péricolite cicatricielle est la *douleur locale,* douleur exagérée par la pression et par certains mouvements du malade ; nous voyons dans le cas I la malade ne plus pouvoir se coucher sur le côté gauche, il en était de même pour ceux des observations V et VI. La marche exagère fréquemment les douleurs locales et on voit deux des malades ne pouvoir souvent marcher que courbés en avant.

Les *douleurs irradiées* sont souvent notées aussi, en particulier la douleur dans le dos qui existait dans tous les cas que j'ai observés, mais dans aucun autre au degré où il est noté dans le cas VII.

L'irritation produite par les tiraillements de la bride se manifeste par une *parésie intestinale*, qui, objectivement, se traduit par du gargouillement, de la constipation ou une alternative de constipation et de diarrhée comme dans notre cas VII, ou enfin par une accumulation locale de matières en amont en général, mais aussi en aval comme dans le cas II. Le boudin stercoral du cas VII est intéressant à ce point de vue.

L'irritation peut déterminer le *vomissement* comme dans le cas VI où ce phénomène se répétait presque journellement.

Un symptôme curieux de la péricolite est la *fièvre*. J'insiste sur ce symptôme, qui a été bien évident dans les cas I et VI et que j'ai observé dans un autre cas de péricolite non encore

Traitement.

On pourra lutter contre certains symptômes par le *massage,* la *teinture de valériane* à haute dose, qui, d'après l'expérience de Schwarzenbach et la mienne aussi, est très utile dans tous les cas d'entérite chronique avec constipation. L'*atropine* combattra la parésie encore plus activement. Ce faisant, on précise son diagnostic et on habitue peu à peu son malade à l'idée d'une intervention opératoire, qui seule peut être et sera le remède définitif.

Quelle incision faudra-t-il adopter ?

Sous ce rapport, il faudra, je crois, être très éclectique. Dans le cas I, j'ai choisi l'incision pararectale longitudinale croyant devoir faire une résection du cœcum ; dans les cas IV, V et VII, j'ai adopté l'incision étoilée de Roux et par cette seule incision je n'ai éprouvé aucune difficulté à débrider le colon, réséquer l'appendice et exciser les annexes adhérentes du côté droit ; néanmoins j'avoue qu'il est plus confortable de procéder comme dans les cas III et VI au moyen d'une incision de la ligne blanche, qui permet de bien juger le cas et de tout mieux voir *in situ.*

Dans le cas VIII, la voie était tout indiquée, puisque le chirurgien de 1900 avait fait une incision oblique qui par places laissait un peu à désirer comme solidité et eût facilement donné lieu à une hernie.

Le reste de l'intervention ne présente pas de difficulté. Je recommanderai néanmoins vivement, surtout dans des cas de ce genre, de n'employer que l'asepsie humide, et tout particulièrement l'asepsie salée-sodique, dont j'ai donné les bases expérimentales dans la *Revue de chirurgie* en 1902.

En terminant, je rappelle ma recommandation du commencement : *Dans une opération d'appendicite toujours reviser le colon;* or cette revision nécessite une incision plus grande que l'incision étoilée *idéale* de Roux, à laquelle cet habile chirurgien ne donne guère que 3 à 5 cm. de longueur, ce qui ne la rend applicable que dans les cas où l'on croit pouvoir exclure complètement les brides péricoliques.

Je pense qu'avant tout il faudra expérimenter encore sur l'animal et se mettre d'accord. Connaissant la possibilité d'une régénérescence spontanée du conduit spermatique, on devra, pour éliminer avec soin toute cause d'erreur, dans les cas ne présentant pas d'atrophie, démontrer aussi que la conductibilité n'a pas été rétablie. Puis et surtout la survie laissée aux animaux opérés devra être très longue, car si en bloc la physiologie des testicules ne varie guère dans les espèces en expérience, néanmoins les conditions de travail de la glande sont très différentes, qu'il s'agisse du chien ou du lapin par exemple, dès lors l'atrophie peut exiger pour se manifester un laps de temps extrêmement variable.

Nous terminerons par quelques conclusions chirurgicales pratiques.

Un fait nous paraît acquis : l'utilité de suturer un conduit spermatique sectionné ; nous pouvons constater à leur honneur que les chirurgiens ont devancé sur ce point la démonstration anatomique. Il n'est pas très rare que le cordon soit lésé accidentellement, au cours d'une cure radicale herniaire difficile par exemple; on peut être appelé, rarement il est vrai, à en faire la résection, il n'est donc pas sans importance de savoir que la lésion est réparable et que dans bon nombre de cas la fonction sera rétablie.

Mais d'autres ont été plus loin et ont tenté des opérations de restitution fonctionnelle sur l'épididyme, en anastomosant le *vas deferens* au moignon de cet épididyme réséqué. Ici l'intérêt pratique est plus intense, car bien plus nombreuses sont les lésions inflammatoires oblitérantes qui attaquent cette partie des voies spermatiques.

L'idée est vieille et remonterait à Malgaigne; Bardenheuer en fit le premier l'essai, en 1886, sans succès du reste.

Récemment Scaduto paraît avoir réussi l'opération chez le chien et un chirurgien russe, le prof. Rasumowsky [1], de Kazan, a opéré chez l'homme de la façon suivante : deux fois il implanta le bout du *vas deferens* dans le moignon de l'épididyme réséqué; dans deux autres cas, l'épididyme ayant été réséqué en entier, l'extrémité ouverte du conduit spermatique

[1] Rasumowsky : *von Langenbeck's Archiv*. Bd. LXV, H. 3.

animalcules agiles. La publication[1] de ces faits date de 1902; dès lors nous n'en avons plus entendu parler... et nous restons sceptiques. Mais cet essai nous a paru intéressant à faire connaître. Certes il n'y a rien à en conclure encore et nous traiterions à juste titre d'affreux charlatan celui qui actuellement et sur d'aussi fragiles données s'en viendrait, dans un but de réclame, annoncer la guérison de la stérilité chez l'homme en une séance.

Tenons-nous-en pour le moment à ce qui nous paraît prouvé : la restauration possible du *vas deferens*. C'est déjà bien quelque chose, et pour le reste attendons.

Remarques sur un point de l'article de M. le Dr Taillens : « Considérations sur la sérothérapie antidiphtérique[2] »

Communication à la *Société vaudoise de médecine*, le 5 décembre 1903,

Par le Dr E. Gyr.

Je n'ai pas l'intention d'examiner tous les points que M. le Dr Taillens a touchés dans son article. Et ceci d'autant plus que je suis d'accord avec lui sur plusieurs d'entre eux, en particulier sur l'importance du traitement général et local dans la diphtérie. Par contre, je ne partage en aucune façon son opinion sur l'emploi systématique de petites doses de sérum antidiphtérique, et surtout je ne puis accepter le raisonnement sur lequel il se base pour les recommander à l'exclusion absolue des fortes doses dont il craint les dangers. C'est à ce sujet seulement que je me propose de lui répondre.

Nous croyons utile de rappeler dès à présent qu'il a été établi : 1° que dans la diphtérie commune le bacille de Lœffler ne circule pas dans le sang, et qu'on ne peut le retrouver dans les organes que plusieurs heures après la mort; 2° qu'en injectant la toxine diphtérique sans les bacilles on reproduit les accidents toxiques de la maladie. La diphtérie est donc chez l'homme une infection locale avec intoxication générale (*Intoxications-*

[1] E. Martin, B. Carnett, W. Levi, M. Pennington : The surgical treatment of sterility due to obstruction at the epididymis. *Univ. of Pennsylvania med. Bulletin*, mars 1902.

[2] Voir cette *Revue* 1903, p. 463.

production et d'action des anticorps est nécessaire pour comprendre la prophylaxie et le traitement des maladies infectieuses au moyen des sérums spécifiques. Différentes théories ont été émises à cet égard. mais seule celle de M. Ehrlich parait donner une explication suffisante des phénomènes et a rallié la plupart des bactériologistes. »

Et après l'exposé de la dite théorie, il fait remarquer que dans l'emploi des sérums *antitoxiques* il n'y a qu'une limite *minima* et pas de limite *maxima,* la théorie d'Ehrlich concordant sur ce point aussi avec les tentatives de sérothérapie intensive faites dans les cas de diphtérie grave. On le voit, nous avions de puissantes raisons pour ne pas accepter sans examen la façon simple et séduisante dont on résolvait la question.

Nous ignorons donc les motifs qui ont engagé M. Taillens à s'arrêter aux expériences de M. Charrin et à en conclure que les antitoxines ne peuvent exercer leur effet curatif sans le concours de l'organisme. Pourquoi a-t-il choisi ces faits et cette conclusion-là, alors qu'il avait à sa disposition d'autres faits et une autre interprétation de ceux qu'il a cités? Nous aurions désiré le savoir avant de nous rallier à sa formule.

L'explication adoptée par lui a été émise par M. E. Roux, dès 1894, dans sa communication au Congrès de Budapest. M. Roux supposait qu'il s'agissait en l'espèce d'une insensibilisation momentanée des cellules à l'égard de la toxine. Ce fut le point de départ d'une discussion avec M. Behring qui invoqua d'abord une destruction, puis une neutralisation de la toxine par l'antitoxine. M. Metchnikoff, modifiant la théorie de Roux, soutint que le sérum agissait comme un stimulant vis-à-vis des cellules, en leur rendant l'activité phagocytaire qu'elles avaient perdue sous l'influence du poison. Ainsi, dès le début, il existait deux manières d'expliquer l'action du sérum antidiphtérique, l'une faisant intervenir l'élément cellulaire, l'autre donnant la part la plus importante à une action directe des corps antagonistes entre eux. Les expériences de M. Calmette sur le venin des serpents, celles de M. Wassermann sur le poison pyocyanique et celles de M. Buchner semblèrent à cette époque faire pencher la balance du côté de la théorie de l'action cellulaire. Mais, comme nous allons le voir, les vues de M. Behring firent ensuite de si sensibles progrès que nous nous étonnons de les voir écartées comme négligeables par M. Taillens.

it à éliminer
sérums spé-
la ricine sur
animal, pour
constater que
l'organisme
oules rouges,
ctif organisé
l'animal ou

n poison non
ntenu dans le
apin est com-
ience avec le

considérable
rattachaient,
ture de cette
le sens chi-
phénomène

ne le paraît
de faits diffi-
me temps la
ciles à expli-
.
ge de toxine
souris, tue
s sont égale-

, identique à
faite avec le
ine et d'anti-
cobayes débi-
lgaires.
un cobaye un
titoxine juste
ne s'en res-
ajoute une ou
t à ce qu'on
ouve que de

TABLEAU V. — *Soleil.*

	minimum	maximum	moyenne
Routes normales	1	19	7
» goudronnées	2	15	5
» pétrolées	0	15	3.5

Ce tableau tendrait à démontrer que le pouvoir stérilisateur de la lumière solaire s'exerce mieux sur la poussière libre que sur la poussière goudronnée ou pétrolée.

TABLEAU VI. — *Ombre.*

	minimum	maximum	moyenne
Routes normales	2	88	33
» arrosées (pluie ou arrosage)	(1)	(4)	(2)
» goudronnées	2	9	6
» pétrolées	2	18	5

L'absence de soleil fait notablement augmenter le nombre de germes sur les routes non traitées; si ces routes sont mouillées, le chiffre des germes tombe très bas.

TABLEAU VII. — *Vents. (Courants atmosphériques supérieurs à 10 kil. à l'heure).*

	minimum	maximum	moyenne
Routes normales	18	32	22
» goudronnées	0	7	6.5
» pétrolées	2	18	10

D'après les chiffres fournis par ce tableau on pourrait croire que l'air des routes goudronnées est, lorsqu'il y a du vent, le plus pauvre en germes; en réalité la moyenne de 6,5 fournie par les routes goudronnées tient au fait qu'un grand nombre de ces analyses ont été faites pendant la bise au quai du Mont-Blanc, où l'air puisé venait plutôt du lac que de la route elle-même.

Les différentes colonies obtenues sur les plaques présentaient au point de vue de la manière de se comporter avec la gélatine les caractères suivants :

c la gélatine.

ntes % de liquéfiantes
5.3
8.2
7.8

ies se répartis-

ges	jaunes	noisettes
9	72	36
3	6	17
5	20	32

ssissures et des
avons souvent
est bon de re-
s les plaques de
au développe-
n de poussière.
avons constaté
développant sur
table au point
ent les mêmes

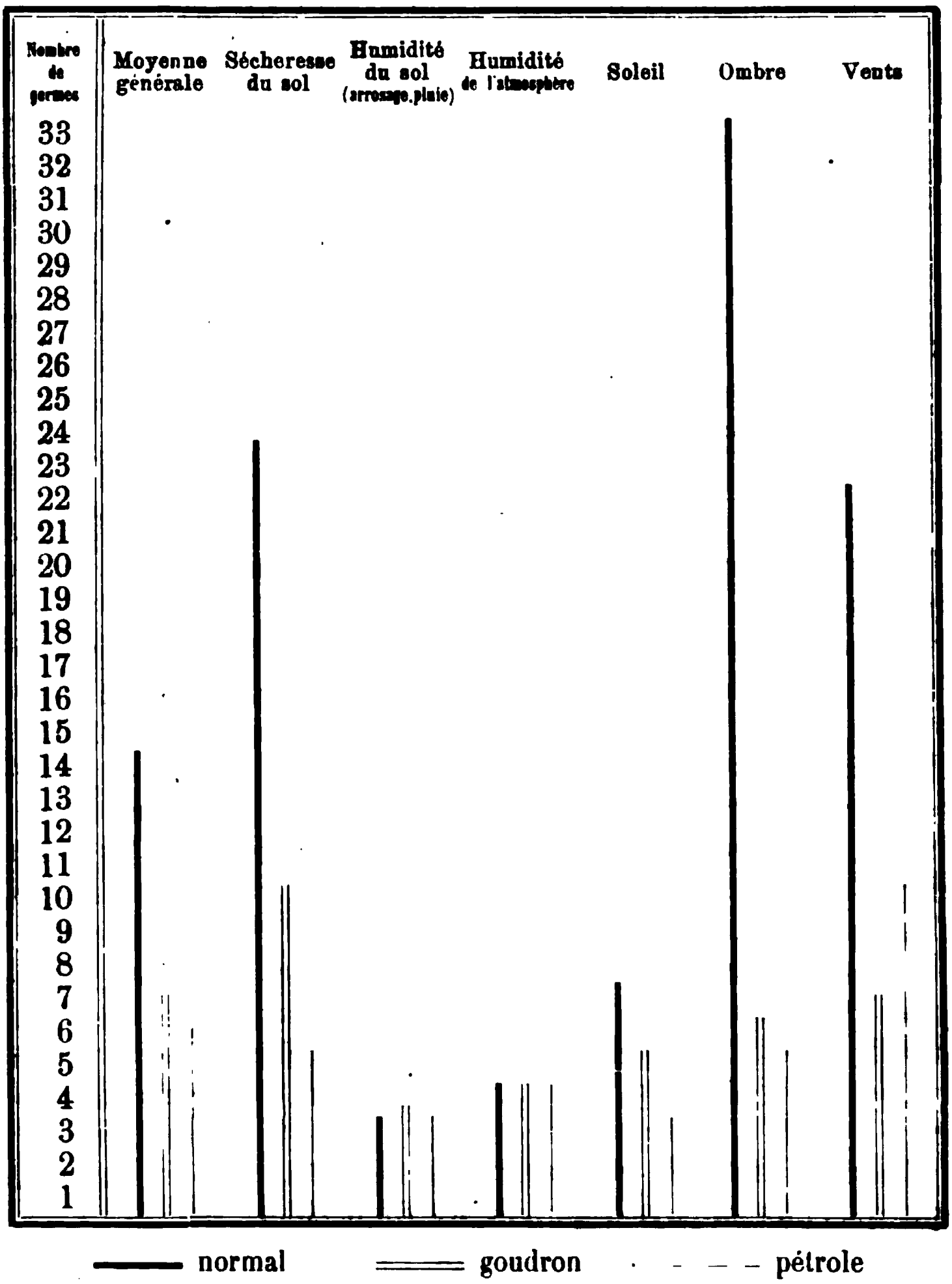
l'*espèces patho-*
ment isolables
le bacille de la
technique spé-

avons pu isoler

le traitement
r le goudron a
le nombre de
de ces routes.

Cette action est cependant différente selon qu'on a employé l'une ou l'autre de ces substances : très énergique dans presque toutes les conditions par l'emploi du pétrole, elle est moins marquée, surtout pendant la sécheresse, avec le goudron.

TABLEAU RÉCAPITULATIF



Ces conclusions qui ne se rapportent cependant pas à la poussière totale, mais seulement aux germes vivants, ne sont pas

nitivement la valeur
ns savons en effet que
ns la règle ni un véri-
rieux ; les recherches
nt d'indicateur biolo-
oussières surtout mi-
ntité de la poussière
e des effets autrement
oires, des conjonc-

olage et goudronnage
t sur la structure de
ter un jugement défi-
eux méthodes ; nous y
pouvoir antiseptique
goudron et le pétrole

.

de nos analyses que,
donne une moyenne
iées n'en donnent que
sol est humide nous
lètement, de manière
t presque identiques.
btenons 23 pour les
dronnées et 5 seule-
te différence selon les
pas moins que l'état
st infiniment meilleur
ne sur les routes nor-
re place dans ce rôle

ITS

pres du nez

l'Université de Genève

nez ne sont pas fré-
Benj. Bell (1796) et
ces auteurs en aient

' cette voûte osseuse en
ons saisi la base du nez
voir eu besoin d'intro-
mme l'a fait Bourguet,
rte exercée sur l'os pro-
tion s'est annoncée par
u nettement. Le nez a
rand contentement du
ir toujours.
ême. Aucune hémorra-
après la réduction.
ssé. Son nez était nor-
ymose. Le gonflement

rter le mécanisme qui
ne Longuet a employé

ssé fut asséné sur l'os
plan parallèle à la face,

s dans l'expérience, un
t été déplacés latérale-
ont pas séparés l'un de
t dit il y a eu déplace-
ns disjonction des deux
onc bien d'une luxation.
l'attention sur cette
our une fracture. Il suf-
e luxation pour éviter
elquefois aux patients
s et mal supportés.

SSE ROMANDE

1904, *à Lausanne*.

, président.

f membres sur dix étaient

ois ans, est maintenu dans
jusqu'à la fin de 1904, les

financiers pour 1902 et

çu avec une stupéfaction tardive
introduite (28 juin 1901) dans le
ours, récriminations, assemblées et
, malgré son amertume, la pilule
plus qu'à la digérer. Il reste en jeu
ladies. Pour le moment, on s'oc-
est fort compliquée à créer de toutes
à cause de l'ouvrier étranger; les
assurance-maladies; c'est donc de
devons nous occuper aujourd'hui.
s. — Il est entendu que les méde-
rent pas faire de la politique; nous
pourtant très importante de la
le est un des membres de ce colosse
iche et qui a nom *étatisme*. Dans
ale, l'étatisme effraie un peu, sur-
est très indépendant et passable-
aladies augmentera la bureaucratie,
s et par conséquent leur valeur,
alisera forcément une partie de ce
nous rendre attentifs et nous enga
possibles pour que notre dignité,
modestes soient-elles, ne soient pas
ndissant.
ladies. — Rendu attentif par la loi
lical, dès qu'il s'est aperçu qu'il
orme ou sous une autre, tout ou
reille. C'est de Lucerne que sont
ociété médicale de Lucerne, en date
n vœu au Comité du *Centralverein*
surances soit étudiée à temps. Le
M. Ganguillet, une *assemblée des*
hal réunie à Berthoud a rédigé un
re, à Ouchy, la *Société médicale de*
rt de M. Patry (voir cette *Revue*,

3, la *Commission médicale suisse* a
une proposition d'enquête de M. le
ion dite des assurances qui, sous la
n de s'occuper de l'assurance ma-
de MM. Steiger (Lucerne), Hæber-
, Maillart (Genève) et Krafft

des assurances maintenant? Nous
rquoi : plusieurs graves questions

ui est la source de

ui que par une *ent*
ociétés ont fait le
; si la Confédérat
ournit le résultat d'
ments importants

le lorsqu'il s'agit
agit de maladies p
ans lesquelles, au c
rendre des serv
ujet qui touche aut
nité professionnelle
médecin, la confia
t possible.
nquête de M. Jac
s de M. Krafft et
médical.
dès maintenant d

M. Jaquet et deu
apportées.
médecins genevoi
cours mutuels.
ciétés de secours
ar jours de maladie
cide : 1° *de s'occu*
ités cantonales rom
ission permanente
npe de la question
ores à l'eclairer.
and émet le vœu
du Département f
soit consulté sur
er fédéraux.

Dr de Cérenville.
Dr Ch. Krafft.

le Comité romand
romande :

, le 10 janvier 190

,
uestion des assura

elquefois chez les leu-
émie : 75 %, d'hémo-
2,896,000 corpuscules
myélocytes, 20 % de
éaires et 5 % de cellu-
s préparations micro-
corpuscules rouges à
trouve une trace d'al-
titative de l'urée donne
0,5 d'acide urique par

pris sous la forme de
et de strychnine pen-
nes de temps en temps.
lement au patient des
mate de soude dont on

ultérieure du cas d'ex-
ulocolon compliqué de
a séance du 22 juillet
régulières et spontanées
ste de l'hôpital.
éance (resection de l'S
tomie rétroduodénale)

ntes .
vec ectopie de l'organe.
ujours habité le Sénégal
tées de fièvre intermit-
mps un abdomen très
amaigrissement pro-
rée en Europe par ses
ovaire.
903, la malade, dysp-
aible, de 80, et une
escalier sans s'arrêter
était occupée par une
lont la limite gauche
nt de Poupart gauche.
et dans la cavite du
dire une arête, pro-
ie ou d'une rate consi-
he du bord supérieur

. avant l'intervention chi-

ombé d'un char le 9 août
entre le sol et l'une des
, tout entier. L'enfant fut
une dyspnée très intense,
pétés et les traces d'une
e lendemain : météorisme,
eure de la cavité pleurale
c diminution du murmure
issements bilieux, ballon
mâtres, plus claires que
ite un léger degré d'ictère
. trouve une matité s'éle-
squ'au mamelon en avant.
e l'omoplate fournit envi-
ux. Amélioration passa-
lité de nourrir le patient
voir avaler, élévations de

ichard, trouve l'état sui-
ité occupant tout l'hypo-
rs la droite dans la matité
ite, occupant l'epigastre,
l'ombilic ; submatité au
bdomen souple, sans réac-

donne issue à un liquide
ratiquée dans l'épigastre,
tumeur fluctuante. On
bdominale, encapsulée par
matique des voies biliai-
la tumeur fluctuante, au
que la collection biliaire
La paroi antérieure de la
, complètement comprimé
érieure est marquée par
ro-colique pour établir un
d'un gros drain en caout-
itre environ, ne présente
parition des vomissements
ition. Ecoulement biliaire
s. Selles toujours colorées,
ir de l'operation. La tem-
, devient normale, la fis-

organisme qui n'est plus
'agit plutôt d'une diminu-
t de côté cette discussion
onclusions suivantes :
un progrès certain dans le
que la méthode classique
ifs ; elle diminue aussi la
ne peut évidemment pas
pilepsie. Il n'est pas néces-
complète que les auteurs
e journalière de 6 à 8 gr. de
sante et qu'il est inutile de
d'après les physiologistes.
avec du bromure de so-

cacité de la méthode ; il
ccès à leur actif et que le
dans les asiles — à faire

cès, mais ne croit pas qu'il
chloruration. Il mentionne
les succès en injectant sous
tres.
enfants malades de bons
ette, malgré que les doses

uestion de *guérison* étant
nent de Richet-Toulouse a
ladie.
le *stethomètre graphique*.
ar un moyen pratique de
forme du thorax pendant
astique, ou simplement à
, il décrit un procédé de
ire, sur du papier ligné au
deur naturelle. Ce procédé,
diamètres, donne la forme
celle-ci à double, c'est-à-
piration, on peut calculer
même en volume, si l'on
onqué.

Secrétaire : Dr Pallard.

y a donc une hérédité nette-
orable au maximum à l'urticaire.
rits par M. Galliard sous le nom
(*Soc. méd. des Hôpit.*, 1900), par
dème arthritique des paupières
le sous celui d'œdème inflamma-
ieure chez l'enfant (*Journ. de*
it le sujet d'une revue générale
is 1902).
réquente dans la seconde enfance
chez le nourrisson, c'est ce qui

aphe qui permet d'obtenir un
laires au contraire du cardiogra-
ès de volume. M. Bard présente
t temps du cœur.

e Vice Secrétaire, Dr Olivier.

—

ier 1904

IRET, Président.

e de son rapport annuel (paraî-

e son mandat et présente le pro-
t abaissée à 22 fr.
Goetz, *président*, Gautier, *vice-*
illiod et Du Bois, *secrétaires*;
on de la Bibliothèque : MM. Eug.
le famille. MM. Léon Revillion,

ant de charge : Dr Pallard.

—

APHIE

—

de l'appendicite chez les enfants
roch. in-8 de 93 p. avec 4 fig. et
903.

le de l'Université de Lausanne,
gré la littérature si considérable
te affection pendant la première
cas jusqu'à l'âge de deux ans et

VARIÉTÉS

Correspondance. — Nous avons reçu la lettre suivante :

Lausanne, 8 janvier 1904.

Monsieur le rédacteur,

Le compte rendu des paroles de M. le prof. Dind à la séance du 14 novembre 1903 de la *Société vaudoise de médecine*[1] contient une erreur que je ne puis laisser passer. Je n'ai jamais demandé d'enseigner les maladies nerveuses à l'Université de Lausanne, et M. Dind est mal venu de dire qu'on ne pouvait nommer un troisième privat-docent, puisqu'il y en avait déjà deux pour cette branche. (Je ferai remarquer qu'à cette époque il y avait trois privat-docents en ophthalmologie).

J'avais demandé d'introduire l'enseignement de la psychologie expérimentale et de donner d'abord un cours sur l'hypnotisme. La Faculté me répondit : 1° que l'enseignement de l'hypnotisme est inutile, 2° que ce cours dérouterait les étudiants de leurs études et 3° que je devais m'adresser à la Faculté des lettres.

Les allégations de M. Dind me forcent de fournir ces explications à vos lecteurs et je vous prie d'insérer cette lettre dans la *Revue médicale*.

Recevez, Monsieur le rédacteur, l'assurance de ma considération distinguée.

Docteur Bonjour.

Thèses de Genève et de Lausanne. — Voici la liste des thèses des Facultés de médecine de Genève et Lausanne publiées en 1903.

Genève.

Fernand Tissot. Du cytodiagnostic des pus chirurgicaux.

Marc Dunant. Contribution à l'étude la lécithine.

Henry de Trève Barber. Etude sur un monstre humain péracéphale-acarde et apneume.

Richard Radike. Die physikalisch-mechanische Behandlung von Herzkrankheiten.

Raoul Dunant. L'ignipuncture, son emploi dans le traitement des tumeurs blanches.

Adrien Lasserre. Des pseudo-rhumatismes tuberculeux.

Robert Odier. La rachicocaïnisation. Recherches expérimentales sur l'amœboïsme des cellules neurales centrales et périphériques sous l'influence de la cocaïne, du curare, de la strychnine et des courants induits.

Gustave Humbert. De la cyanose dans les maladies congénitales du poumon.

Harouhine Arabian. Contribution à l'étude du massage du cœur dans la mort par le chloroforme.

[1] Voir cette *Revue*, 1903, p. 835.

ude de la statistique de l'accou-

ouo, professeur d'anatomie à
par le Conseil fédéral président
. pour les sièges de Lausanne,
t de M. le prof. Dind dont la
ents pour les services rendus.

Genève, a été nommé membre
bstétrique et de gynécologie.

point de départ dans les calculs,
ues traités à l'Asile de Bel-Air,
66 et 767), sont à corriger comme
1-1902 : H. 274, F. 244, T. 518.
39,4 %, F. 11 %, T. 26 %.
u total des entrées : H. 14,9 %,
minés : H. 37,9 %, F. 33,3 %,
nent dites : H. 62 %, F. 66,6 %
4,4 %, F. 7,4 %.

— Dons reçus en décembre 1903.

ment d'honoraire d'un collègue »,
90).
0=1115).
eoise, par M. le Dr de Weck,

).
ber, prof. fr. 38, (63+380=443).
240).
par M. le Dr Winterhalter. fr. 100

5=875).
Reinhardt, fr. 20 ; Böhi, fr. 20

r-Kubli, Mollis-Glaris « Don de

ents de 1903, fr. 10,097.—
,050.—
t-Baader :

155.— Total, fr. 180.

Caissier, Dr P. Von der Mühll,
Aeschengraben, 20.

médico-chirurgical : 35e, Ch. May-
; — 36e, A. Gilbert et S. Pos-
nagée au point de vue des échan-
que et expérimentale). 2 broch.
on et Cie.

DUPASQUIER. — Les troubles gastrique
chronique; broch. in-8 de 136 p. Pari
FISCHER. — Zur Stellung der Statistik
p., extr. du *Zeitschr. f. Schweiz. Stat*
BREUIL. — L'art de formuler; indicati
des médicaments usuels : un vol. in-1
ques, format portefeuille, avec répertoi

.

ENBACH-BURCKHARDT. — Ueber die h
s. Vortrag gehalten in Samariterinner
roten Kreuz, Section Basel). Broch. i
hwabe.
MID, directeur du bureau sanitaire fédé
n für Tuberculose in der Schweiz im J
culosis, I, n° 11.
LER. — Vorschläge zur Bekleidungs
erie. Conférence à la Soc. des Off. de
15 figures. Appendice à l'*Allg. Schwe*
hwabe.
AS. — Ueber die Laparotomie bei tut
extrait du *Centralblatt für die Gren*
n° 13.
ER. — Zur Antisepsis in der Chirurg
de 12 p., extr. du *Allg. med. centr. Z*
BONFIGLIO. — Lagoftalmo e innesti cut
t fig., extr. du *Bollet. oculistico di Fir*
f. G. BUFALINI. — Fenolo e persodina
rch. di farmac. sper. e sc. affini, 19
in-8 avec une fig., extr. du *Sperimen*
nond et Etienne SERGENT, de l'Instit
ies infectieuses, guide pratique pour l
réface du Dr E. ROUX. Petit in-8 de 1
fique des aides-mémoires. Paris, Masso
AINCOURT. — Tableaux synoptiques d
nts et des praticiens. Un vol. in-8 d
ère et fils.
QUILLON-LIMOUSIN. — Formulaire des t
Introduction par le Dr HUCHARD). Ui
J.-B. Baillière et fils.
AMBRIN. — Ein Fall von hereditärer H
Fällen von Polydaktylie aus dem Kind
p. avec deux planches radiographique
FELLER. — Beitrag zur Kenntniss de
. in-8 de 30 p. avec deux planches. Le

UGOU et FAURE, de Lamalou. — Path
du tabes. *XIIIe Congrès des médecins*
lles (Août 1903). Broch. in-8 de 20 p.
B. CABAUT — Quistes hidaticos de la
e l'orbite, étude fondée sur tous les
ntrés dans la République Argentine et
. in 8 de 120 p. avec 11 fig. et trois t
rature étrangère. Buenos-Ayres, Caba

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIME

20 FÉVRIER 1904.

IÉDICALE
E ROMANDE

ORIGINAUX

: épileptiformes toniques
niques

iologie de l'Université de Genève)

SAMAJA.

TORIQUE.

érébro-spinal ont été considé-
entateurs comme le siège des
s résumerons dans notre histo-
elles ces localisations ont été

nos expériences, nous ne trai-
hénomènes moteurs des convul-
occuper des symptômes qui pré-
t les convulsions : auras, perte
atoires, circulatoires, sécrétoi-

.e notre travail en six chapitres :
es ganglions intracérébraux et
'a réservé pour exposer les loca-
aux convulsions toniques et aux
:poserons enfin les différentes
quer l'épilepsie expérimentale.

Moelle.

ies sur le rôle de la moelle dans
1° la moelle n'y jouerait aucun
même rôle que le bulbe et la
ouerait qu'un rôle secondaire.

La première opinion a été soutenue par Nothnagel, Danini, V. Anrep, Rœber, H et Horsley.

Kusmaull et Tenner[1] écrivent dans le mémoire : « Les convulsions épileptiforme rhagie ne proviennent pas de la moelle ép

Ils firent chez des *lapins* la ligature de clavières à leur point d'origine et la com de l'aorte ; les carotides nourrissaient e observèrent alors la paralysie complète d paralysie incomplète du train antérieur, a saillements. Ces derniers purent être prov et diminuèrent progressivement en force

Schiffer[2] confirma le fait observé par I la compression de l'aorte ne donne pas li et ne provoque que la paralysie.

Nothnagel[3], tout en se ralliant à ces velle expérience. Il fit chez un *lapin* l complète de la moelle entre la quatrième thoracique. Au bout de quelque temps, il il observa alors des convulsions du train a le train postérieur restait tranquille. Il l'expérience qui aboutit toujours à des Toutes les fois qu'il observa des mouve postérieur du lapin, il constata à l'autops moelle n'était pas complète.

D'autre part, Nothnagel avait observé expériences sur la *grenouille* et le *lapin* q simple section transversale de la moelle é comme effet immédiat des mouvements immédiatement avec la suppression de mais qui lui survivent. Les mouvements q (surtout chez les animaux à sang chaud) de secousses cloniques. Par la section n'obtient pas de secousses cloniques, mai mouvement. Les secousses cloniques sera la substance grise de la moelle, le mouve l'excitation des racines motrices.

[1] Sept. Abdr. aus *Moleschotts Untersuchunge*
[2] *Centralbl. f. med. Wissenschaft*, 1869, n° 3
[3] *Virch. Arch.*. B. 49, p. 267.

Danini et V. Anrep, cités par Guillebeau et Luchsinger, soutiennent que les convulsions provoquées par la *cocaïne* dépendent exclusivement de la moelle allongée, parce que les convulsions font défaut, si l'on sectionne la moelle au-dessous du bulbe.

Rœber [1] affirme, en se basant sur ses expériences sur la *grenouille,* que la moelle épinière ne participe aucunement aux convulsions provoquées par la *picrotoxine.* La destruction préalable de la moelle allongée empêche toute convulsion chez la grenouille empoisonnée. Si, au début des convulsions chez une grenouille intoxiquée par la picrotoxine, on sectionne, avec de forts ciseaux, la colonne vertébrale et la moelle épinière au-dessous de l'omoplate, aussitôt toute convulsion cesse dans le train postérieur, tandis que le train antérieur en présente encore.

Heubel [2], qui, comme nous le verrons, était arrivé par l'excitation directe mécanique et chimique à localiser chez la *grenouille* le centre convulsif dans le sinus rhomboïdal, déclare que l'*excitation mécanique et chimique* directe de la moelle épinière isolée ne provoque aucune convulsion, si la section porte à 1 ½ mm. au-dessous de la pointe du calamus scriptorius, limite inférieure du centre convulsif.

L'excitation mécanique directe avec une tête d'épingle de la moelle épinière ainsi sectionnée ne provoque des mouvements que quand on touche l'origine des nerfs spinaux; on a alors une contraction tonique. Si l'excitation est plus forte par section ou écrasement de la moelle et que les cellules soient alors les premières touchées, on observe des tressaillements cloniques, se répétant une ou deux fois dans certains territoires musculaires. Enfin, en excitant fortement la moelle épinière entre la cinquième et la sixième vertèbre, on détermine une seule extension tétanique des extrémités, qui dure peu, mais qu'on peut répéter par une nouvelle excitation.

Une solution de Na Cl à 10 % appliquée sur la moelle épinière dénudée ne provoque aucune convulsion.

Heubel admet néanmoins que la moelle isolée peut donner des convulsions par la *strychnine,* la *brucine,* la *thébaïne,* la *caféine* et le *phénol,* mais il considère ces convulsions comme

[1] *Archiv für Anat., Physiol. und wissensch. Med.* 1869, p. 38.
[2] *Pfluger's Archiv*, IX, 1874, p. 263.

le nature réflexe et dues à l'exagération de l'excitabilité
de la moelle. Il n'y a pas dans ces cas de véritables
convulsifs, toutes les cellules ganglionnaires sont des
réflexes.

conditions sont différentes si l'on empoisonne la gre-
avec la *picrotoxine*, la *nicotine*, l'*ammoniaque et ses sels*.
la picrotoxine, Heubel accepte les conclusions de

section de la moelle à 1 ½ mm. au-dessous de la pointe
amus scriptorius supprime les convulsions chez la gre-
empoisonnée avec la nicotine. Krocker[1] étant arrivé à
ultats opposés, Heubel pense que la coupe de la moelle
pas complète.

tre part, la section de la moelle épinière chez la gre-
supprime les convulsions cloniques qu'on obtient par
on de 1 à 2 cc. d'une solution à 10 °/₀ d'ammoniaque ou
combinaisons. Si on applique directement sur la moelle
e des solutions concentrées, on a un tétanos général que
l considère comme réflexe.

m[2] a observé que si chez la *Rana temporaria* on sec-
la moelle et qu'on empoisonne l'animal par la *cicuta*
les convulsions n'apparaissent pas dans la partie du
ituée au-dessous de la section.

n Gotch et Horsley[3] disent : « Il a été démontré par
e nous *(Report of the Brown Institution)* que la section
te de la moelle au niveau de la huitième vertèbre
empêche l'apparition des convulsions caractéristiques
ejection d'absinthe) des muscles au-dessous de la sec-

euxième opinion est basée sur des expériences de Mar-
all, Brown-Séquard, Aladoff, Schroff, Magnan, Maier,
erg, Luchsinger, Guillebeau et Luchsinger, Wintzen-
Wallez et Gottlieb.

shall-Hall, cité par Luchsinger, soutient que les convul-
ar *asphyxie* proviennent de toute la moelle et non seule-
'une partie déterminée de la moelle allongée et de la
érance. Si on sectionne chez un *chat* la moelle dorsale et

se de Berlin, 1869.
hiv für exp. Pathol. und Pharm., III, 1875, p. 216.
l. trans. of Soc. London, vol. 182 B. p. 511.

ci est pris de convulsions muscu-
et dans la queue.
compte rendu du travail de
comme suit l'opinion de ces au-

est pas exacte ; ce qui a trompé
nt j'expose les idées, c'est que
esquels ils ont surtout expéri-
convulsions lorsque, après avoir
avers, on détermine une hémor-
ne la circulation dans la moelle
procédé que Kussmaull et Ten-
es animaux, les *moutons* d'après
ade, les *oiseaux* et même aussi,
chats et aussi quelquefois les
y a des convulsions lorsque la
nt de recevoir du sang, surtout
nale par une section à la région
la proposition des auteurs que
: les convulsions épileptiformes,
viennent que pour une faible part

des résultats semblables.
e épinière participe autant que
ons de la *strychnine*, une fois que
ection transversale de la moelle

le de la moelle dans l'épilepsie
que je vais résumer :
le bulbe à sa partie inférieure
iration artificielle. Deux injec-
mes d'*essence d'absinthe* dans la
x attaques de convulsions cloni-
njection de 0,30 centigrammes
une attaque d'abord tonique,
bres. La tête ne participe pas
ne injection de 0,40 centigram-

me et des animaux, I, 1858, p. 201.
tersbourg, 1871.
, v. 64, 1871.
, 130.

ı ne provoque aucune re
constate que la section
ı seconde expérience fa
at presque identique.
'reusberg[1] se range a
d compte de ses expérie
ille. Il sectionna chez hu
s de la douzième vert
maux à des périodes
'ate de *strychnine*. Che
'chniques du train posté
saient d'abord au train
'reusberg est arrivé au
nouille. Il constata que
rain postérieur, après
ıx strychninisés, sont
dis que chez les anima
les de l'empoisonnemen
convulsions cloniques.
uchsinger[2] a fait chez
a moelle lombaire et
ar *asphyxie* il a obtenu
ır. Si on lie chez un ch
on place un nœud coula
dante et des deux carot
lant de l'aorte des conv
extrémités postérieure
deux nœuds coulants
érales. On peut faire la
aisse serré pendant q
rte, on observe d'abor
hyxiques du train posté
Haller est arrivé en 175
convulsions ne suivaient
e, parce que la simple
te circulation dans la m
ps les deux sous-clavièr
uchsinger a provoqué d

Archiv. für exp. Pathol.
Pfluger's Archiv, XVI, 187

dont il avait sectionné la moelle au
tèbres dorsales. Une fois les convul-
d'abord au train postérieur, puis au
ent des résultats identiques chez le
t moins évidents si l'on opère sur des

, les convulsions du train postérieur
sont très évidentes. Les convulsions
ez la grenouille d'hiver. Luchsinger a
uence de la température sur les con-
la picrotoxine, en expérimentant sur
me était maintenue à la température
, 0°, la troisième à 12°-15°.
ine, d'*ammoniaque*, de *pilocarpine* pro-
et les grenouilles d'été à moelle épi-
es excitations motrices dans le train

strychnine produit une exaltation de
ulbe rachidien et de la molle épinière;
hnisme sont des phénomènes réflexes.
ger[1] ont obtenu après section trans-
ière chez de *jeunes chats*, des convul-
postérieur par des injections de *cocaïne*,
estion de *camphre*. Ils provoquèrent
d'*atropine*, des convulsions dans le
mouille, de *jeunes chèvres* et de *jeunes*
ectionnée.
, par de petites doses de *brucine* chez
convulsions tétaniques, parfaitement
obtient par la strychnine. Il a obtenu
ans le train postérieur d'une grenouille
vait sectionné la moelle d'une façon
a partie inférieure du bulbe (p. 40).
es convulsions d'abord toniques, puis
ction intraveineuse de chlorhydrate
line.

logique des substances toxiques et médica-
çon.
1, 1882, p. 61.
ns le laboratoire de thérapeutique (prof. Pre-

après cet auteur, « l'ex
de substances toxiques d
entre particulier, mais
». En effet, « les convuls
c et dans les membres, s
aire de la moelle. La tê
; leurs mouvements co
ériences ont été faites su
te, probablement sur de
out expérimenté.
ottlieb [1] a, à son tour, ét
amphre sur la moelle é
convulsions dans la parti
de la moelle épinière. cl
ent : *scyllium canicula,*
ta, triton cristatus, tre
nt moins nettes chez les
obtint des convulsions
s section de la moelle épi
igeon auxquels il avait i
otoxine. Les convulsion
rieur, puis au train post
gature des quatre artère
ilation dans le cerveau e
icielle et injection de pi
apparurent, d'une de
s, dans le train postérieu
vec le camphre il a obten
igeon à moelle dorsale
excitabilité réflexe che
aines.
a troisième opinion a été
chiff écrivait en 1859 [2] :
Le centre que la stryc
isante est la moelle allo
, la moelle épinière dans
lles comme avec des ma
on seulement assez tôt,

rch. für exp. Pathol. und
Lehrbuch der Physiologie de

ne montraient pas de convul-
ɜt aussi bientôt attaquée et tou-
ıe, prennent part aux convul-
i remarqué que si la dose de
n qu'elle puisse agir graduelle-
us bas sur la moelle épinière
ıps les mouvements convulsifs.
ıtiquée dans la région dorsale
ɜ étaient influencées et non les
les réflexes sont directement
ieure de la moelle épinière, de
nce fuyante de l'animal lui en
son influence excitante sur les
tête jusqu'à l'extrémité de la

et défendu cette opinion contre

e d'idées les observations sui-

ɔnt dans leurs expériences sur
après la section de la moelle
a onzième vertèbre dorsale) la
débuté dans les muscles placés
que les membres postérieurs
ıt pris beaucoup plus tard des

vé par Chirone et Testa [5].

se *du cerveau.*

es auteurs qui précèdent, à l'ex-
artisans de la théorie corticale,
sif siège soit à la base du cer-
soit exclusivement à la base du

ɜs redites, nous ne parlerons ici
nt tâché de limiter ce centre.

f. vol. III, p. 198.
1882.
vol. 251, 1880.

:ussmaull et Tenner[1] provoquèrent chez l
ions épileptiformes par la ligature des art
leur compression. Ils arrivèrent à la con
vulsions épileptiformes ne dépendent pas du
centres moteurs situés derrière les couches
:n effet. l'ablation d'un ou des deux hémi
ps calleux, le fornix, la commissure antéri
mmon, les corps striés, les tuber cinereu
itaires, ne modifièrent aucunement la form
vulsions En partant des couches optiques, il
parties superficielles des masses grises t
sième ventricule, de la substance blanche
corps genouillés, les tractus optiques sa
e des convulsions. Mais une diminution de c
lation des parties profondes de ces mér
veau.
orsqu'on enleva en partie ou bien complèten
s cérébraux avec les tubercules quadrijum
tubérance, on observa une diminution des c
au train postérieur.
'ablation des parties excitables du cervelet
inution de la force des convulsions.
es limites inférieures de ce centre seraien
ons déjà vu, à la ligne de séparation entre
lle épinière.
rown-Séquard[2] a constaté, chez ses *cobayes*
par des lésions de la moelle ou la sectio
s ablation du cerveau, du cervelet et d'un
a protubérance annulaire, même après l'a
céphale moins le bulbe rachidien, que les a
ent entièrement semblables à ceux qui avai
animaux, avant la mutilation de l'encéphal
ent, bien entendu, maintenus en vie par la
ile. Brown-Séquard a obtenu chez un cobay
r coupé d'emblée le bulbe rachidien en tra
ent au-dessus de l'origine des pneumog
t signalé, dès 1868, une très petite part
ière près du bulbe qu'on ne peut guère piq

[1] *Loc. cit.*
[2] *Arch. de physiol. norm. et pathol.*, II, 1869, p. 16 (note).

e d'épilepsie. Le siège central de
serait, d'après lui, au niveau du
sure de la moelle cervicale.
Voch. 1871, p. 461), cité par Halla-
des *cochons d'Inde* par des coups
topsie, il trouvait constamment de
isséminées dans la substance blanche
gée et de la moelle épinière.
ttaques épileptiques sur des *cochons*
et des jeunes *chats*, privés de lobes

re convulsif chez la *grenouille* dans
les lobes optiques ou seulement dans
ouer un certain rôle aux lobes opti-
ment à ce qu'on observe pour les
ale, leur destruction, tout en ne mo-
convulsions, rend moins égale leur

bulbe par l'excitation directe méca-
'ablation des différentes parties de
ntre convulsif chez la grenouille. Les
centre seraient une ligne virtuelle
oïdal en une partie antérieure et une
ites postérieures seraient à un milli-
et demi plus bas que la pointe du

Traité de physiologie[4] : « Il existe
au point où elle se continue avec la
ont l'excitation produit des convul-

des substances chimiques *(carbonate*
tassium et de sodium, etc.) provoque
ons générales. (Papellier, sous la

chez le *lapin,* en piquant avec une
natrième ventricule, des convulsions

, p. 29.

1.

.iformes générales. Ce
reparaître soit sponta
hement; la survie des
Les limites des parties
inférieures : la partie
eures : un peu plus hau
aux tubercules quadriju
e latéral de l'eminent
supérieure, en dehors
rtie moyenne, le bord
à la partie inférieure, l
nagel, par une seconc
lapins, a confirmé les f
tion de la moelle allon
est-à-dire au-dessous
ans convulsions. La sec
nvulsions passagères ne
es animaux restent tra
n'est que d'un quart
é parfois du nystagmus
les fois que la section
de la protubérance et
iques. Si la section éta
sions générales épilepti
continuaient jusqu'à la
l'une demi-heure. Les
nvulsions cloniques; le
oniques. Les convulsio
s, si la section était fai
.
nagel en conclut que l
érance.
s verrons au chapitre
loniques quelle interpr
ences.
wanger[1] a répété les e
presque aux mêmes r
ole, chez les mammifè
e du bulbe et de la pr

dans *Dictionnaire de Ric*

'entricule partent de son extrémité
ements des cordons de Goll, et vont
jusqu'à la fovea antérieure. Vers la
e du ventricule, ils s'étendent jus-
inentia teres. Ils répondent à l'exci-
s à l'excitant mécanique. Les points
nt vers la partie antérieure de ce
et d'ailleurs que ces régions sont
ur les centres échelonnés le long de
festations convulsives provoquées
réflexe et dues à l'excitation du
lle d'autres voies sensibles, situées
la formation réticulée. »
un chien, par un jet de chlorure de
trices du cerveau, le gyrus sigmoïde
orde celui-ci. Après avoir placé un
aine profondeur dans la substance
surface de cette région, il a fait
'ois secondes un courant faradique
sité et il a ainsi provoqué une vio-
qui a duré au moins deux minutes
n rapport, des attaques provoquées
surface d'un des gyrus sygmoïdes
eau *était* intact». L'expérience fut
na toujours le même résultat.
ge de l'épilepsie est basilaire.

eglions intracérébraux.

ue les expériences ayant un rapport
lsif. Nous ne parlerons donc ni du
gel placé par cet auteur dans les
des expériences faites à ce propos,
Schiff, Valentin, Lussana et Le-

pas non plus des lésions destruc-
raux, parce qu'elles n'ont qu'un
otre question.

séance du 27 avril 1885, p. 1101.

Bechterew[1] a provoqué des mouv
mécanique et électrique des parois
cule.

Tubercules quadrijumeaux. — E. W
gel, par Ziehen et par Heubel, aurait
cloniques par l'excitation directe électr
chez la *grenouille.*

Knoll[2], par contre, n'a pu observer
motilité générale du corps dépendant
jumeaux ni des couches optiques. L'e
quadrijumeaux antérieurs par des cou
n'a produit que la dilatation pupillaire.

Flourens[3] a obtenu, en excitant un
pigeon, des convulsions du côté opposé

Bechterew[4] a provoqué des mouvem
par l'excitation faradique de la part
optiques chez le *pigeon* et des quadriju

Pour Ferrier, l'irritation unilatéral
rieurs provoque chez les *singes,* les *ch*
large dilatation de la pupille du côté
immédiatement de la dilatation de la
Les yeux sont grands ouverts et les s
sont dirigés en haut et du côté opposé.
direction des yeux, les oreilles sont
l'irritation continue, la queue se lève,
les mâchoires se resserrent, les angles
en arrière à leur maximum. Les mem
prochent du thorax et sont tirés en ar
Plus tard la stimulation continuant, il
totonos complet ».

« L'irritation des tubercules postéri
effets, mais, en outre, il se produit d
riable[5] ».

Ferrier observe des phénomènes à p
l'irritation des lobes optiques chez les
et les poissons.

[1] Cité par Ziehen.
[2] *Eckard's Beitrage*, IV, 3.
[3] Cité par Ziehen.
[4] Loc. cit.
[5] Les fonctions du cerveau, éd. française, p

apin que l'excitation mécanique
.ubercule quadrijumeau antérieur
: la respiration, du nystagmus,
la locomotion. L'excitation du
.érieur engendre une convulsion
ɔngtemps à l'excitation. La téta-
côté que celui de l'intervention

ni et Michieli [2] obtinrent, en exci-
ıes optiques, des effets moteurs

les lésions des couches optiques
choréiformes se manifestant de
n ou deux jours après l'opéra-

faites avec le couteau dans les
, par le pharynx, provoquèrent
sourde.
ıradique de la partie antérieure
sit une agitation générale, une
rée, des convulsions contra-laté-
ɔts de l'oreille et des extrémités.
rieures donna lieu à des cris et à
: deux piqûres, on faisait une sec-
tiques, tous les symptômes dispa-

hénomènes en partie comme des
ıme le résultat d'une excitation
périeurs, mais il n'a pas contrôlé
.
chien les couches optiques avec
l'obtient aucun effet moteur.
le la couche optique donne des
aucun mouvement de quelque
sant du même côté ou du côté

deux reprises . d'abord au *Congrès des*
smagne du Sud-Ouest (session de Fri-
Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

to, 1876, *lo Sperimentale.*

ı corps [1] ». Et cela :
et les *chacals* que c
[1] a constaté chez le
que de la couche o
nvulsions toniques d
s convulsions ne su
a première commu
es résultats qu'avec
nterne.
striés. — Burdon Sa
strié du *chat* des
nts plus faibles qu'
errier « les résultats
, *chats, chiens, chac*
être généralisés. L'i
action musculaire g
t le corps sont fort
la tête se rapproch
t en un état de co
s dans la flexion. Il
xcités par les divers
ltanément produits
eurs.
le lapin, le pleurost
tonique n'est pas
ements alternants d

e et Duret sont arri
[1] a observé chez le
que du corps strié,
pposé, soit une con
ns toniques qui ne s
uche optique, Ziehe
n, que le courant s'é
s Franck et Pitres [1]

t., p. 214.
t., p. 259-260.
t.
Centralblatt, 1874.
t., p. 258-259.
t.
es de Physiologie, 1883

que ne réagissent pas aux excitations directes bien limitées. Les courants galvaniques ou faradiques les plus intenses, lorsqu'ils sont bien exactement limités à ces noyaux, ne provoquent aucune réaction motrice; il n'y a ni mouvements simples, ni mouvements convulsifs ». Si l'on provoque des réactions, c'est parce qu'on excite les fibres de la capsule interne.

Glicky, Eckhard, Braun, Minor, Couty et Rosenthal, cités par Ziehen, ont trouvé le corps strié inexcitable à l'électricité.

Soltmann[1] a trouvé le corps strié inexcitable à l'électrité chez les chiens nouveau-nés.

Noyau lenticulaire. — Quelques auteurs ont pu localiser l'excitation dans le corps strié, au noyau lenticulaire,

Hitzig[2] a vu, en excitant le noyau lenticulaire au moyen d'un rhéophore introduit par la fissure frontale, de fortes contractions de tout le tronc, du côté opposé surtout, mais aussi du côté correspondant.

Johannsen[3] provoqua chez le *chien* par l'excitation du noyau lenticulaire une convulsion tonique qui persistait après l'interruption de l'excitation; elle commençait du côté opposé et se propageait au même côté. La convulsion tonique était suivie de convulsions cloniques. Il s'y ajoutait de la salivation et une émission d'urine. Entre-temps les accès se répétèrent spontanément. Le courant employé pouvait être supporté sur la langue.

§ 4. — *La zone corticale motrice.*

La découverte d'Hitzig, bientôt confirmée par de nombreux expérimentateurs, de l'excitabilité propre de certaines zones de l'écorce cérébrale, appela l'attention des physiologistes sur la zone motrice comme centre des convulsions épileptiformes.

Il est connu en effet que, si l'on excite par un courant faible un endroit limité de la zone motrice chez certains animaux, on peut provoquer dans le côté opposé de leur corps des mouvements limités à un seul groupe de muscles; chaque groupe musculaire est ainsi représenté dans l'écorce par un centre isolé. Mais si l'on renforce le courant, on provoque presque

[1] *Jahrbuch für Kinderheilk.*, 1876, IX, p. 106.
[2] *Untersuchungen über das Gehirn*, 1874.
[3] Loc. cit.

.ne attaque de convul
ié du corps ou se gén
ant tous les animau
l'excitation électriqu
on des centres, soit a
es.
', par exemple, a obs
our les différents m
ement dans la séri
en passant par le chi
pigeon et la grenouill
érences sont bien pl
épileptogène. Il para
ez le singe, chez le c
ur l'excitation directe
sions épileptiformes.
' observe qu'en exc
es hémisphères cérél
poulet, on n'arrive p
e.
ni, cité par Seppilli, e
.t la zone corticale m
t du cheval.
lapin et le cobaye,
es, comme le lapin,
ouvulsions d'origine
ces sortes de convu
(*C. R. du Lab. de Sie*
es, semblent bien m
convulsivants de l'an
Nous pourrions mont
ergiques, soutenues
que des vibrations té
l'excitation. Exp. n'
est de même du coba
par les lésions nerve

sia corticale. *Rivista*

sur les fonctions motrices

nent qu'en excitant la zone
tient pas des convulsions épi-

ésions partielles de la zone
leur cicatrisation une irrita-
conservés.
enir des attaques d'épilepsie
oir pratiqué des lésions par-
ce du chien. Cinquante chiens
iani ont présenté l'épilepsie

s par Seppilli, n'ont jamais
après des lésions partielles
, cobaye et du lapin.
les lésions destructives de la
i et le cobaye n'aboutissent
iptôme pathologique du côté

s phénomènes pathologiques,
appréciables, par rapport à
ditions chez le chien, le chat

ne motrice corticale n'existe
le chat.
s sur l'épilepsie corticale ont
r le chien, le chat et le singe.
es, obtenues par l'excitation
es exclusivement de la subs-

iscutée.
périmentateurs sont tombés
its obtenus par l'excitation
viennent exclusivement de
imer ici toutes les expérien-

endant peuvent être cités en
ivulsions épileptiformes.
evé la substance grise, on

. 146.
istes, Reggio Emilia, 1880.
s motrices du cerveau.

excite la substance blanche sous-jacente, on
réactions simples, cessant avec l'excitation ;
provoquer des réactions épileptiformes (F
Ziehen[2], etc.)

« Si on enlève à un chien la portion antéri
lutions d'un hémisphère dans toute l'aire
l'excitation provoque des mouvements simple
circonvolutions postérieures restées intactes
voquer d'épilepsie corticale (Franck et Pitres

Rosenbach (*Psychiat. Verein zu St-Peters*
a observé que l'excitation intense et prolong
blanche provoque une attaque épileptique si
l'écorce cérébrale de la zone motrice n'est
cette destruction est complète, on n'arrive j
l'attaque de convulsions épileptiformes.

Deux théories ont été proposées sur le rôle
cale motrice dans la production de l'épilepsie

Albertoni[5], qui localisait à tort la zone ép
sivement dans la partie de la circonvolution
existent les centres moteurs des membres d'
soutient que « dans la production de l'épilep
le cerveau n'agit pas comme centre autono
centre occasionnel *(incidente)* ; que du cerveau
capable de mettre en action les autres vrai
situés probablement à la base du cerveau et
quels peuvent déterminer les mouvements
tique par voie bilatérale. » Les points excit
des centres autonomes, mais provoquent des
voie réflexe. Cette réflexion s'exerce sur les
vraiment moteurs.

Albertoni soutient sa théorie par trois arg
tation unilatérale de la zone motrice provoqu
associés bilatéraux, même des accès d'épile
caractéristiques. 2° Après la destruction de

[1] *Archives de Physiologie*, 1883, p. 14-15.
[2] *Arch. f. Psychiatrie*. 17, 1.
[3] Loc. cit.
[4] Cité par Seppilli.
[5] *Ricerche sperimentali*. Siena 1876.
[6] Luciani et Tamburini ont prouvé que l'excitation c
tical peut provoquer la réaction épileptiforme des
représentés.

d'un côté et la perte de l'excitabilité de la substance blanche sous-jacente[1], on peut provoquer chez les chiens, par l'excitation de l'hémisphère opposée, soit des mouvements bilatéraux, soit des accès épileptiques généralisés. 3° Après la destruction bilatérale de la zone motrice, à l'exception du centre pour les membres postérieurs d'un seul côté, on peut provoquer un accès généralisé, en excitant le centre conservé.

Franck et Pitres se sont ralliés à l'opinion d'Albertoni.

Luciani[2], deux ans après, arrivait à des conclusions différentes :

« La zone motrice de l'écorce cérébrale représente l'organe central des convulsions épileptiques.

« L'excitation morbide, directe ou indirecte, produite par n'importe quelle cause, développée de n'importe quelle manière, de cette zone, est le moment essentiel du processus épileptique. L'excitation morbide de la moelle allongée est probablement le moment accessoire, complémentaire et non nécessaire de ce même processus. »

Il basait ses conclusions surtout sur deux expériences qui lui sont personnelles et que je résume :

Le 8 mai 1878, il découvre chez un chien, par la trépanation, dans le côté gauche du crâne, toute la portion du cerveau située en arrière du gyrus sygmoïde gauche et la partie arquée de la deuxième circonvolution externe. L'excitation électrique directe de cette zone provoque des mouvements cloniques dans les muscles correspondants. Il enlève largement et profondément la zone découverte et recoud la plaie. Le 13 août, le chien présente des attaques d'épilepsie ; le 14 août, Luciani peut observer la crise. Elle est localisée aux muscles de la mâchoire inférieure, de la face et du cou. L'animal ouvre et ferme la bouche, aboie, montre les dents, bouge la tête en haut par contraction des muscles de la nuque. Pupilles dilatées, conjonctives injectées, morsure de la langue. Les membres sont immobiles, les postérieurs en demi-flexion, les antérieurs en extension complète, celui de droite moins que celui de gauche. Peu de temps après, coma et mort.

A l'autopsie, on trouve à l'endroit de la trépanation et à la

[1] La substance blanche devient comme le bout périphérique d'un nerf sectionné complètement inexcitable vers le quatrième jour après l'ablation de la substance grise.

[2] *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1878, p. 617-646.

place de la substance cérébrale détruite, du tissu cicatriciel qui avait provoqué les accès d'épilepsie. Le reste du cerveau est normal. Les seuls centres conservés sont ceux pour les mouvements bilatéraux de la bouche et de la langue, pour les mouvements de la face et de la tête; et ces parties seulement ont présenté des convulsions cloniques.

La seconde expérience est à peu près semblable, et n'a pas été contrôlée par l'autopsie.

Luciani ajoutait à ses deux expériences, la suivante de Franck et Pitres[1].

« Le 13 décembre 1877, MM. Franck et Pitres ont mis à découvert la circonvolution marginale postérieure droite d'un gros chien adulte, et ont enlevé avec une curette toute la zone de substance grise dont l'excitation provoquait des mouvements limités dans le membre antérieur du côté gauche. Le lendemain l'animal présentait dans ses membres les troubles de la motilité et de la sensibilité qu'on observe toujours chez le chien à la suite de l'ablation des centres moteurs corticaux. Après qu'on l'eut fait marcher un moment, il fut pris d'une attaque d'épilepsie partielle caractérisée par des secousses convulsives siégeant dans les membres postérieurs gauches et dans le côté gauche de la face et du cou. Le membre antérieur gauche, dont le centre moteur cortical avait été enlevé la veille, resta flasque et immobile pendant toute la durée de l'attaque. »

Luciani critique ensuite la technique de l'expérience sur laquelle Albertoni base son troisième argument.

Nous résumerons plus loin les réponses faites par Luciani et d'autres expérimentateurs aux autres objections d'Albertoni.

Rovighi et Santini[2], en étudiant dans le laboratoire de Luciani l'épilepsie provoquée chez le chien et le chat par la *cinchonidine* et la *picrotoxine*, localisèrent eux aussi le centre des convulsions épileptiformes dans la zone corticale motrice. En effet, après ablation de quelques centres moteurs d'un seul côté du cerveau, « les secousses et les contractions isolées aux muscles de la face, du tronc et ensuite des membres, qui précèdent, dans les deux empoisonnements, l'attaque épileptique générale, ne se manifestent pas d'une manière égale et symétrique dans les deux côtés, *mais d'une façon plus faible du côté opposé à la*

[1] *Société de Biologie*, séance du 29 décembre 1877.

[2] Loc. cit.

ɜ observèrent en même temps, comme
ı disparition des convulsions cloniques
laires dont les centres étaient enlevés.
, l'appui de la théorie corticale, les
ɜs dans le laboratoire de Luciani.

ɡrès avoir provoqué des accès d'épilepsie
irecte des deux zones motrices chez un
enlevant les deux zones. Le jour après,
ılsions cloniques qu'à la mâchoire inférieure
'avaient pas été enlevés.

ɔ pratiqua chez un chien la section médiane
e de Woroschiloff, c'est-à-dire qu'on épar-
de la moelle. Le 29 mai, l'excitation fara-
bre postérieur droit provoqua d'abord des
et dans le membre postérieur gauche, et à
ıi se généralisa à tout le corps. Les accès
s fois, devinrent spontanés. On fit l'abla-
embres. Tout mouvement cessa de suite;
a face et de la mâchoire inférieure persis-
eurs centres supprima ces convulsions Le
ı plus que des mouvements de l'orbiculaire
ı.

x ans auparavant de l'ablation du cervelet.
ıuche. A la fin de l'opération, on s'aperçoit
ɜ secousses musculaires aux membres du
bres du côté gauche restent immobiles. Cet
nutes après la fin de l'opération, l'animal
généralisée. Ces accès se répétèrent à des
six jours, et aboutirent à la mort de l'ani-
ı très forts à gauche, surtout aux membres
les, presque nuls à droite. Le membre pos-
continuel sur la face interne du membre
ɜxtension forcée, y avait produit une large
onstata que la zone motrice gauche était
détruite.

observé que la partie correspondante
corticale excitable d'un seul côté a
part aux convulsions suivant l'injec-

1885 p. 345.

a fait chez un chien l'ablation de toute la zone
côté, le gauche, par exemple, à l'exception du
iculaire des paupières. En excitant ce centre, il
attaque d'épilepsie limitée à l'orbiculaire droit,
ıscles du côté droit y participassent, tandis que
ait à tout le côté gauche du corps, en commen-
mbre postérieur et finissant aux muscles de la
. face.
et Wernicke, cités par Hallager, c'est l'excita-
motrice qui provoque l'attaque.
até par Albertoni que les convulsions sont bila-
blation de la zone d'un côté et excitation de la
, est l'objection la plus grave faite à la théorie

itres[1] ayant confirmé cette expérience d'Alber-
u'elle ne peut être expliquée que par trois hypo-

e centre partent des fibres nerveuses destinées à
rectement les excitations aux membres des deux

es corticaux des deux côtés sont réunis par des
urales.
n dehors du cerveau, dans la protubérance ou
des centres d'association motrice, dans lesquels
unilatérale, partant d'un point limité, peut se
côté opposé ou même se généraliser.
lure la première hypothèse, par le fait, entre
convulsions peuvent se généraliser aussi après
ongitudinale médiane de la protubérance. La
liminée par le fait que les convulsions se généra-
section complète longitudinale du corps calleux.
a troisième hypothèse.
oud que les expériences d'Albertoni et de Franck
ıt pas suffisantes, parce que ces expérimentateurs
ue la zone épileptogène d'Albertoni, zone qui
portion relativement petite des centres moteurs
Mais il trouve plausible la troisième hypothèse,
ı rapproche du fait que Owjannikow a localisé

ch., XIV, 2, 1883. cité par Seppilli.
ologie, 29 décembre 1877.

ée du lapin le centre pour les réflexes
ypothèse de Franck et Pitres est exacte,
ıtre chose que ceci : c'est que la moelle
accessoire et complémentaire dans le pro-

ain[1], d'autre part, ont observé que si,
one motrice d'un côté, on excite la subs-
ue commence du même côté que l'excita-
l'excitation passe dans la zone motrice
ablatiou bilatérale de l'écorce, l'excitation
che ne produit jamais l'attaque épilep-

n côté observé que dans certains cas, dans
n était limitée à une moitié du corps,
, les membres du côté droit ou restaient
e tonique, ou participaient avec le même
gré plus faible, aux secousses des membres
s serait là qu'un phénomène accidentel et
e attaque convulsive des deux côtés du
ıure typique de la convulsion épileptique
effet, au fur et à mesure que la convulsion
ités du corps opposées à la zone motrice
s membres de l'autre côté présentent de
culaires. Ensuite, quand l'attaque passe
n peut observer des contractions muscu-
x membres qui avaient présenté en pre-
nvulsive. Ces contractions secondaires ne
r l'extirpation de l'écorce, ni par l'hémi-
pinière. Il n'est donc pas admissible qu'el-
liffusion de l'excitation dans les ganglions
sidère ces contractions secondaires comme
otiques, on devrait aussi chercher le centre
moelle épinière.
tion a été soulevée contre la théorie de
'ranck et Pitres ont vu des attaques épi-
même si, quelques secondes après la cessa-
n enlève rapidement la zone motrice exci-

26, 3 et 4, 1881.
que Vulpian est arrivé, en congelant l'écorce des
ts opposés.

tée et cela aussi bien dans l'attaque généralisée latérale. Munk et Novi ont fait cesser l'attaqu l'écorce excitée. Bubnoff et Heidenhain divisen d'expériences semblables en trois séries. Dans série, il arrive souvent en enlevant le centre extrémité, de supprimer les convulsions de ce pendant que dans le reste du corps les convulsic Dans une deuxième série, l'ablation de toute la d'un côté, supprime la convulsion unilatérale ou une troisième série, la convulsion continue non tion de cette zone.

Quelque temps après, une nouvelle théorie, q centre des convulsions cloniques et celui des co ques a été soutenue, comme nous le verrons bien et Bechterew.

§ 5. — *Convulsions toniques et convulsions*

Quelques auteurs ont donné une signification convulsions toniques et aux convulsions clonique ment attribué un siège différent aux deux f vulsions.

Poincaré[1] reproduit comme suit les résultat expériences de Tood : Tood a observé qu'e l'électricité les cordons antérieurs de la moelle à une contraction permanente ; en irritant la pr a des mouvements convulsifs, c'est-à-dire des co déplacement des segments des membres. « L'anir raide, il se débat comme l'enfant dans ses con leptique dans ses accès, la femme dans ses crise

Brown-Séquard[2] pensait que « ce qu'il y a d l'accès d'épilepsie, c'est la contraction tétanique au début, les convulsions cloniques n'étant, en g conséquences de l'asphyxie due à l'arrêt de la r plusieurs autres causes. »

Nothnagel[3] considère les convulsions clonique quées chez la grenouille rousse, après section d électrisation du sciatique, comme de nature réfle

[1] Le système nerveux central. Paris-Nancy, 1877, t. II.
[2] *Journal de la physiologie*, I, 1858, p. 378 en note.
[3] *Virch. Arch.*, B. 49, p. 267.

tion continue pouvant, d'après lui, se transformer en excitation intermittente produisant des convulsions cloniques.

Parmi les poisons convulsivants, quelques-uns sont considérés comme poisons à type cortical : cocaïne (Richet et Langlois), santonine et santonate de soude (Turfschaminow), atropine (Richet); d'autres à type bulbaire : picrotoxine, essence d'absinthe; d'autres enfin à type bulbo-médullaire : strychnine. En faisant l'historique de la moelle, comme siège des convulsions épileptiformes, nous avons vu à quels résultats variés sont arrivés les différents auteurs en expérimentant avec les mêmes poisons, parfois sur les mêmes animaux.

Richet[1] croit que ces contradictions ne sont qu'apparentes : « les poisons convulsivants, écrit-il, portent leur action sur tous les éléments moteurs de l'axe cérébro-spinal, mais ils ont parfois une action de prédilection sur tel ou tel centre. » Il s'agirait, d'après Richet, d'une question de dose. A dose moyenne le centre de prédilection serait mis en jeu, à dose forte tous les éléments de l'axe cérébro-spinal seraient excités, mais dans des proportions différentes.

Chirone, Curci et Testa[2] pensent que la cinchonidine est un poison cortical (convulsions cloniques), la picrotoxine un poison bulbaire (convulsions toniques).

Albertoni[3], en faisant ses expériences avec les mêmes poisons sur les singes et sur les chiens, est arrivé à des résultats tout à fait contraires.

Luchsinger et Gottlieb, déjà cités, ont obtenu des convulsions cloniques avec la picrotoxine.

Rovighi et Santini[4] soutiennent, comme nous l'avons vu, que la cinchonidine et la picrotoxine agissent d'abord sur la zone motrice, car dans leurs expériences sur le singe et le chien, ils ont observé que les convulsions, avant d'être générales, sont localisées à un groupe musculaire, que l'ablation de la zone motrice ou la séparation des hémisphères du bulbe modifient les convulsions. Ils ont fait en outre une observation plus précise : « Dans le développement de l'attaque épileptique, lorsqu'on produisait l'empoisonnement peu de jours après la décortication cérébrale et que les phénomènes parétiques dans les

[1] Dict. IV, convulsivants.
[2] Chirone et Curci. *Giornale internazionale delle scienze mediche*, 1880. — Chirone et Testa, loc. cit.
[3] *Lo Sperimentale*, 1881.
[4] Loc. cit.

muscles du côté opposé à celui opéré étaient encore manifestes, *les convulsions étaient assez prononcées dans les muscles du côté sain et avaient une forme généralement clonique, moins intenses dans les muscles du côté paralysé et avec une forme presque toujours tonique.* (p. 283). »

Il faut arriver à Ziehen et à Bechterew pour avoir des théories générales sur les sièges des convulsions toniques et cloniques.

Ziehen [1], dans un article de discussion et de critique, a le premier émis l'idée que chez *tous les animaux,* c'est à l'écorce qu'il faut rattacher l'élément clonique de la convulsion épileptique artificielle et que c'est dans les centres moteurs non corticaux, inférieurs, qu'il faut localiser l'élément tonique. En effet, si l'action électrique est limitée à l'écorce avec un faible courant, on n'obtient que des attaques cloniques ; par un fort courant on excite aussi les centres moteurs inférieurs et on obtient tonisme et clonisme. Les convulsions cloniques, produites par des courants affaiblis, se calment totalement quand on a extirpé l'écorce correspondante ; cela prouve donc que les convulsions toniques ne résultent pas de la confusion des convulsions cloniques, et que les convulsions cloniques ne sont pas le résultat d'une action d'arrêt exercée par l'écorce sur les centres inférieurs. Si, après ablation du centre d'une jambe, on excite par un courant fort du côté de l'extirpation ou du côté opposé, la jambe dont le centre était enlevé n'a que des convulsions toniques, tandis que dans les trois autres pattes on observe, à la suite des convulsions toniques, des convulsions cloniques. La transmission de l'attaque au côté non excité et la succession des éléments de l'attaque ne contredisent pas l'idée que l'excitation se soit propagée à l'hémisphère opposé, engendrant ainsi l'élément clonique. L'excitation de la substance blanche, après ablation de l'écorce, ne provoque que des convulsions toniques par excitation des centres inférieurs, dans le territoire musculaire représenté dans l'écorce enlevée et par propagation de l'excitation des contractions cloniques d'origine corticale sur d'autres muscles. Nous avons déjà résumé ailleurs les expériences de Ziehen parues ultérieurement, d'excitation directe des noyaux infracorticaux chez les *lapins*. Par ces expériences, Ziehen pensait avoir donné la preuve directe que ces noyaux

[1] *Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, Bd. 17.

sont le siège des convulsions toniques, et de celles-ci seulement.

Bechterew[1] arrive à des conclusions presque identiques; les convulsions cloniques sont d'origine corticale; la partie supérieure du bulbe et la protubérance contiennent un centre spécial, destiné à la locomotion, qui commande à l'activité associée des quatre extrémités de l'animal, qu'il s'agisse d'une grenouille ou d'un animal supérieur. A l'appui de sa théorie, Bechterew cite plusieurs expériences; Suschtschinski et Vyrubow ont obtenu, en piquant la protubérance chez le lapin, des convulsions épileptiformes, mais Vyrubow a prouvé que la section du cerveau au niveau des tubercules quadrijumeaux ne provoquait que de l'opistotonos et des convulsions cloniques passagères. Si, après cette section, on pique la protubérance, on n'a qu'un renforcement de l'opistotonos sans convulsions cloniques. D'autre part si, toujours chez le lapin, on pique la protubérance, après avoir sectionné les hémisphères au-dessus des ganglions de la base, on n'a plus de convulsions épileptiques, mais seulement quelques tressaillements convulsifs dispersés. Les convulsions épileptiques produites chez le lapin par la piqûre de la protubérance ne dépendent donc pas de l'excitation d'un centre spécial, mais de la transmission de l'excitation aux hémisphères, surtout à la zone motrice.

Todoski et Borischpolsky, d'autre part, ont prouvé que quand on pique la protubérance chez le lapin, il se produit une congestion cérébrale temporaire par rétraction des artères des autres parties du corps; la congestion cérébrale produirait l'épilepsie.

En piquant la protubérance chez le chien, on n'obtient que des convulsions généralisées toniques directement après l'excitation, parce que chez les animaux supérieurs, le cerveau ayant un gros volume, la piqûre n'excite point les centres vaso-moteurs; il faut qu'une lésion plus étendue agisse sur les conducteurs moteurs. Pour obtenir l'attaque épileptique chez le chien en piquant la protubérance, il faut mettre l'aiguille en communication avec l'appareil de du Bois-Reymond. Meyer, de son côté, en provoquant chez des *chiens* et des *chats* l'épilepsie toxique par injection intraveineuse d'absinthe et de cinchonine, a observé que si, pendant les convulsions, on sectionne le cer-

[1] *Neurologisches Centralblatt*, 1897, p. 146.

des tubercules quadrijumeaux, les convulsions aissent aussitôt. Il ne reste que de l'opistotonos . tonique des extrémités produits par la sec- res animaux on n'a pas obtenu des convulsions ès avoir fait d'abord la même section ou après deux zones motrices.

ns cloniques à succession rapide sont caracté- itation des zones corticales motrices et ne peu- irées ni par l'excitation de la protubérance, ni s territoires sous-corticaux. Bechterew recon- à la fin de son travail, qu'il y a des cas de con- es qui ne sont pas d'origine corticale : par le persistante chez des chiens, après section de ure de la moelle épinière, et les convulsions tes sous l'influence d'une commotion cérébrale x privés de la couche corticale motrice. Il est Bechterew ne nous dise pas sur quel genre ernières expériences ont été faites.

utile de faire suivre l'exposé de ces opinions convulsions toniques et cloniques de celui des nentaux obtenus par la décapitation des chiens. toujours, au moment où le couteau vient de de l'animal exécute des mouvements énergi- es postérieurs et de la queue. Ces mouvements iques pour projeter l'animal hors de la gouttière est maintenu. Dans une expérience à laquelle Dastre et Laborde, le corps du chien sauta par de la gouttière et, à notre grande stupéfaction, s pieds.

minute après la décollation apparaissent des quatre membres et de la queue, mouvements marqués dans le train postérieur, et dont le ettre les membres dans l'extension.

nts sont suivis d'une contracture puissante de s du tronc, contracture assez forte dans les mbaires pour déterminer le redressement du de la gouttière qui enferme l'animal. Le tronc, e en arc. Deux minutes après la chute du cou- c est pris de contractions fibrillaires. [1]»

par la décapitation, p. 99.

nomène que l'on constate dans le
ne convulsion tonique. On ne peut
uvements qui projettent l'animal
vements qui mettent les membres
cture qui s'en suit.

La méthode.

ont étudié les convulsions épileptiu moyen d'excitants mécaniques,
'ils appliquaient à l'axe cérébrodirecte, soit d'une manière indi-

s, électriques et chimiques ont été
i bien sur l'écorce de la zone mous-corticaux, sur la protubérance

ns lésions préalables du système
ns, a été accomplie au moyen de
la compression des artères cervi-
au moyen de l'asphyxie, de trauohall), ou par injection de poisons

détruisent assez vite la région sur
rendent cette région inexcitable;
tre appliqués, en vue d'un résultat
ère directe.
s'ils sont appliqués directement,
sont absorbés dans la circulation,
si sur des parties du système ner-
. se propose d'exciter. Si les excinés indirectement, ils agissent non
rébro-spinal, mais aussi sur tout

pliqués directement ou indirectert une excitation persistante, qu'on
primer d'une manière absolument

r l'excitation du système nerveux
un excitant dont on peut mesurer

ɪrgie, interrompre ou supprimer l'action ; les lésio
ıfne, si elle est appliquée avec une énergie et pe
ɔs voulus, sont seulement fonctionnelles. L'électri
ɔut employée d'une manière directe sur la zone
provoquer l'épilepsie corticale.
ais elle peut être aussi appliquée d'une mani
ɜ.
. le Dr Battelli [1], assistant au laboratoire de physi
iversité de Genève, a récemment montré qu'on
er chez le chien, au moyen de l'application d'u
natif (électrodes bouche et nuque) une crise e
ɪptiforme caractérisée par une phase tonique sui
e clonique.
ɪtte méthode porte l'excitant sur tout l'encéph
ɜnte l'avantage de pouvoir être appliquée à
ses, sans mettre chaque fois, par un acte opé
uvert les parties qu'on veut exciter. Elle perme
er sur l'animal en expérience une partie quelc
ɪme nerveux central, pour appliquer, le jour
ɪration et les jours suivants, le courant alternatif
la crise épileptiforme. On peut ainsi étudier quel
ɪons entraîne dans la forme des convulsions la su
lifférentes parties de l'axe cérébro-spinal.
ɪur supprimer l'action d'une partie donnée du
eux, on peut employer l'ablation à la curette,
au scalpel, la réfrigération locale ou des substanc
. Mais la réfrigération locale de l'écorce pour s
ion de celle-ci, peut provoquer comme phénomè
nt une réaction inflammatoire violente, qui, en excit
l'écorce, va à l'encontre du but qu'on se prop
ral, la morphine, l'éther, le chloroforme, l'absinth
ɔ de potassium, l'alcool (en injection intraveineu
tre part, présentent les désavantages que nous a
ılés pour les poisons convulsivants.
ɪus préférons donc l'ablation à la curette ou la s
ɪel à toute autre méthode.

ɔciété de Biologie, 4 juillet 1903.

(A suiv

Etude expérimentale de l'action bactério-fixatrice et bactéricide du goudron et du pétrole répandus sur les routes.

(Laboratoire d'hygiène de l'Université de Genève)

Par le prof. H. Cristiani et M. G. de Michelis

Dans un mémoire précédent[1] nous avons exposé le résultat de nos recherches sur la quantité de germes vivants pouvant se trouver suspendus, dans différentes circonstances, dans l'atmosphère des routes pétrolées et goudronnées, comparativement aux routes n'ayant subi aucun traitement. Nous avons montré que ce nombre qui était très considérable dans les routes ordinaires diminuait sur les routes goudronnées pour devenir très faible sur les routes pétrolées.

Or, cette diminution du nombre des germes sur les routes traitées par le goudron et le pétrole peut être due à des causes diverses, notamment, en premier lieu, à une action fixatrice de la poussière qu'exercent sans aucun doute ces substances, et, en second lieu, à leur pouvoir de détruire les bactéries, c'est-à-dire à leur action antiseptique.

Nous avons cherché à vérifier expérimentalement si ces facteurs entraient tous les deux en ligne de compte et, éventuellement, à déterminer quelle était la part qui revenait à l'un et à l'autre dans cette action épuratrice.

Il suffit de considérer comparativement une route goudronnée ou pétrolée et une route ordinaire, pour être persuadé de l'existence d'une action fixatrice des poussières exercée par ces substances. Les photographies reproduites dans le travail de M. Guglielminetti[2], montrant des automobiles passant sur des routes différemment traitées, démontrent avec une grande évidence quel grand rôle peuvent jouer, dans l'abattage des poussières, le pétrole et le goudron. Mais il serait imprudent de se contenter de quelques observations isolées pour en tirer des

[1] Cristiani et de Michelis. De l'influence du « pétrolage » et « goudronnage » des routes sur la poussière et les germes vivants de l'atmosphère, *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1904. N° 1.

[2] Guglielminetti. La suppression de la poussière par le goudronnage et le pétrolage des routes, *Revue d'hygiène*, avril 1903.

conclusions favorables et absolues et nous avo
compte, vu des automobiles passer sur des route
et soulever de tels nuages de poussière qu'elle
englobées comme dans une auréole.

Il nous a par conséquent paru utile de reprodu
talement les différentes conditions dans lesquelle
ver une pareille route et étudier, dans ses dé
qu'une surface traitée par le pétrole et le go
exercer sur les poussières et les germes vivants.

Pour réaliser une route *in vitro* nous avons pr
rentes manières selon le but que nous nous pr
chacune de nos recherches. Tantôt nous l'avons r
des tubes de verre, de longueur et de diamètre var
remplissions aux trois quarts de terre que nous t
nière à lui donner la consistance voulue. D'autre
était nécessaire d'agir sur des surfaces plus lar
étaient représentées par des boîtes de verre ou
ou moins profonds. Une partie de ces différents r
plis de terre bien tassée, étaient conservés tels
étaient traités par le pétrole et d'autres enfin p
La quantité de ces substances qui était employée
à ce qui était nécessaire, au minimum, pour en c
surface

I — *Etude du pouvoir fixateur des pous*

La terre que nous avons employée pour rem
reils provenait de travaux de terrassement de
l'avons d'abord débarrassée des cailloux et du gr
tamisée au tamis de 2^{mm}. Le produit de ce t
l'avons encore divisé en trois parties en le tamis
à 1^{mm} et à $^1/_2$^{mm}; nous avons ainsi obtenu de la
grains étaient de 1-2^{mm}, $^1/_2$-1^{mm} et moins que $^1/_2$
fait des expériences avec de la terre de grain dif
en vue d'en étudier la porosité et le pouvoir
sorption[1], mais pour nos essais actuels notre te
posée d'un mélange en parties égales de ces tr
tamisage.

[1] Cette question sera traitée dans la thèse de M. H. Fer
en ce moment des recherches dans cette direction au Labo
de l'Université de Genève.

ois tubes (grosses éprouvettes) qu'on remplit
gée ($^1/_2$-1-2^{mm}). On verse dans l'un avec une
face tassée de la terre, un demi-centimètre
ns un second tube, on introduit approxi-
de goudron liquide ; ces quantités de subs-
pour recouvrir toute la surface de la terre.
petit à petit dans la terre même, le pétrole
r, le goudron à peine de 2-3^{mm}. Lorsque les
s nouveau à la surface, nous ajoutons au
erre fine, comme cela se pratique dans le
s en mettons en excès et après une demi-
nlevons l'excédent. Nos routes artificielles
ne réalisent pas tous les desidereta, elles
i est nécessaire et suffisant pour nos expé-

ir ces surfaces, des poussières fines, comme
tion, nous pouvons étudier de très près la
ent dans les différents tubes.
détails des modifications qui y surviennent
s prendre de la terre ayant la même couleur
ervir d'une poudre blanche, inerte et inso-
tés à la poudre de talc.
des trois tubes (route ordinaire, route pétro-
iron 2 cm de talc et suivons attentivement
nnent.

Modifications après 24 heures.

as de changement.
e talc est devenu jaune sur une hauteur de
1 cm environ.
e talc est imbibé (noir) sur une hauteur
de 1^{mm}.

I. — *Après huit jours.*

as de changement.
e talc est devenu jaune et grumeleux sur
plus de 1 cm de hauteur.
e talc est imbibé (noir) sur une hauteur de
2^{mm}, il est légèrement teinté au-dessus de
la couche imbibée.

III. — *Après un mois.*

as de changement.
. peu près comme dans n° II.
peu près comme dans n° II

de faire cette expérience avec des tub
ıés, on en prend d'autres qui aient subi
avant, le résultat est différent.

. — *Pétrolage et goudronnage fait dep*
versée depuis 8 jours.

simple	Pas de changement.
pétrolée.	Le talc est devenu jaur 4-5mm.
goudronnée.	Le talc est imbibé su appréciable.

. — *Goudronnage et pétrolage plus a*
poudre versée depuis 8 jours.

simple	Pas de changement.
pétrolée.	Le talc est devenu jau 2-3mm.
goudronnée.	Le talc n'est pas modifi

renons maintenant les premiers tubes
versions pour en sortir le talc libre e
violence, nous verrons :.

:	Hauteur du talc resté adhérent :	E
ple.	0 (la surface est sau- poudrée de blanc.)	Pa
rolée.	1 cm (env. colonne brisée et irrégulière.)	Pa ja
dronnée.	0,2 cm.	1 n

aux sortis du tube pétrolé, surtout c
ouant fortement celui-ci, sont assez g
raser; la poussière qu'on en obtient
le talc resté blanc, elle a une forte
unie sortie des tubes goudronnés ne p
ent fortement le goudron.
agir dans l'intérieur des tubes un cou
mple en soufflant avec un chalumeau),
bé de pétrole et adhérant à la surface pé
les tubes goudronnés, il en sort pour
ais bientôt ces courants d'air restent
le infiltree de goudron fait désormais p
formée avec la terre. Cette croûte a u
ler avec un instrument dur, mais e
ur résister à des courants d'air d'une c

[illegible] des tubes traités par le pétrole et le [illegible] (Tableaux IV et V), les résultats seront différents. Le talc du tube pétrolé sera jauni et adhérent comme précédemment, quoique à un moindre degré, mais dans le tube goudronné l'imbibition du talc par le goudron sera des plus réduites.

La cause de ce phénomène est due au fait que l'huile de pétrole est une substance liquide qui ne modifie pas sa consistance, tandis que le goudron est un liquide épais qui ne tarde pas à durcir lorsqu'il est mélangé avec la terre. Or l'imbibition du talc par ces deux substances est due au pouvoir capillaire d'absorption que cette poudre exerce sur la surface de la terre pétrolée et goudronnée et son étendue sera en raison inverse de l'épaisseur du liquide.

La raison pour laquelle un même liquide (le pétrole) donne des résultats différents selon que le pétrolage est récent ou ancien, tient au fait que dans les tubes anciens, la surface pétrolée a été appauvrie en pétrole par l'absorption qui a été exercée par la terre elle même, ce qui se remarque à l'augmentation de l'épaisseur de la couche de terre imbibée de pétrole.

Dans le tube goudronné, par contre, le goudron ayant formé avec la terre une croûte assez dure, finit par perdre la faculté d'englober la poussière.

Donc, tant le pétrole que le goudron exercent une action fixatrice sur la poussière, mais avec une puissance et une étendue différentes. L'action du pétrole est très étendue et peu puissante tandis que celle du goudron est si énergique qu'elle constitue un véritable englobement, mais n'a qu'une étendue très limitée. En outre cette puissance fixatrice est en rapport inverse avec le temps depuis lequel le pétrolage et le goudronnage ont été pratiqués, avec cette différence que le pétrole conserve pendant beaucoup plus longtemps que le goudron le pouvoir d'imbiber et de faire adhérer les poussières. Cette différence est due surtout au fait que le goudron se solidifie assez rapidement, tandis que le pétrole reste toujours liquide et soumis par conséquent aux lois de la capillarité.

II. — *Etude de l'action bactéricide sur des cultures pures de différents microbes.*

Dans une autre série de recherches, nous avons essayé de déterminer quel était le pouvoir antiseptique exercé par une

SÉRIE. — *Pétrolage et goudronnage de 48 heures.* (+ colonies. — Pas de colonies.)

jours	1						2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	2
heures	1	3	6	9	12	24																			
d	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	—	·							
é	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	·														
onné	—	—	—	—	—	—	—	·																	
l	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	—	—	
é	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	·		
onné	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	—	·												
l	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	—	·	
é	+	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	·											
onné	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	·												
l	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	·
é	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	·
onné	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	·
l	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	·
é	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	·
onné"																									

oudronnée sur différents germes, , à étudier combien de temps ces nts et capables de se reproduire c une surface de terre pétrolée aratévement avec une terre non

B. d'	Sol goudronné	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—														
B. de la Diphtérie	Sol normal	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	—	—	—
	Sol pétrolé	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	—	—	
	Sol goudronné	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—														
M. prodigiosus *	Sol normal	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Sol pétrolé	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Sol goudronné	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—							

[*] Le résultat positif pour le sol *normal* et le sol *pétrolé* persiste même après le 30me jour. Nous avons arrêté alors les ensemencements.

:holéra, tue en 24 heures au
rie et le bacille d'Eberth, et
:us prodigiosus, mais a une
es du charbon. Le pétrole,
du choléra un peu plus vite
ours au lieu de 5-11 jours),
yphique (10-12 jours au lieu
ıtérie (2-11 jours au lieu de
r le bacille pyocyanique ni

priété d'imbiber seulement
i viennent en contact avec la
à rechercher si des ensemen-
même, mais dans une cou-
:e, étaient aussi influencés à

ts :

mé et saupoudré ensuite avec
de terre.

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	15	30	
du choléra	+ + + + + +	— — — —	— — —	—										
h	+ + + + + +	+ + + +	— — —	—	—	—	—	—	—	—	—			
iphtérie	+ + + + + +	+ + + +	+ + +	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	+ + + + + +	+ + + +	+ + —	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
rbon	+ + + + + +	+ + + +	+ + +	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+*	* Bacille du Charbon sporifère

ÉRIE. — *Sol goudronné depuis 24 h. et soupoudré avec 1 c. m. de terre.*

jours	1						2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
heures	1	3	6	9	12	24														
	+	+	—	—	—	—	—	—	—	-										
	+	+	—	—	—	—	—	—	—	-										
érie	+	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	-							

prodigiosus, nous avons abondamment saupoudré plusieurs séries de trois plaques chacune, une de terre simple, une de terre pétrolée et une troisième de terre goudronnée.

Pour étudier le pouvoir fixateur, au lieu d'ensemencer comme nous le faisions précédemment en puisant à la surface avec une anse de platine, nous ensemencions ici par soufflerie, c'est-à-dire qu'après avoir placé la boîte de verre sur le coin d'une table (celle-ci était recouverte par précaution avec un linge humecté), nous tenions, perpendiculairement à la surface de la terre, une plaque de Pétri contenant de la gélose, et, soit avec une poire débitant de l'air filtré, soit avec la bouche au moyen d'un tube de verre stérilisé et bouché à l'ouate, nous exercions à la surface de la terre infectée un courant d'air d'intensité variable, de manière à diriger contre la gélose la poussière qui se soulevait de la plaque de terre.

La plaque de gélose était soumise à l'étuve à 37° et, après 24 ou 48 heures, nous en étudiions les résultats, en examinant s'il y avait des colonies, en quel nombre, et en ne tenant compte que de celles qui présentaient les caractères du micrococcus prodigiosus.

Voilà les résultats de ces expériences :

Plaques saupoudrées avec de la poudre de talc infectée avec du micrococcus prodigi sus. Pétrolage et goudronnage récent (moins de 24 h.)

(+ + = beaucoup de colonies).

Ensemencement après infection	Terre simple	Pétrolée	Goudronnée
1/4 h. (courant moyen)	+ +	+ +	+ +
6 heures	+ +	+ +	+
32 heures	+ +	+	+
5 jours	+ +	+	—
11 jours	+ +	+	—
19 jours (courant tr. fort)	+ +	+ +	—

Contrôle de ces expériences au moyen d'ensemencement direct au fil de platine.

	Après 11 jours	19 jours	24 jours.
Sol normal	+	+	+
Sol pétrolé	+	+	+
Sol goudronné	—	—	—

Il est bon d'ajouter que le courant d'air
dans la dernière expérience du tableau (19 j
de manière que toutes les plaques de gélose
goudron, étaient parsemées de grains de t
autour de ces grains dans les plaques venan
et de la terre pétrolées, il y avait presqu
auréole bactérienne, tous les grains sont re
plaque provenant du goudron. Donc les
goudron étaient non seulement englobés mai

Une autre expérience faite avec des plaqu
dronnées depuis huit jours a donné les résul

Temps après l'infection	Terre simple	Pétrolée
1/2 heure	+ +	+ +
7 heures	+ +	+
24 heures	+ +	+
2 jours	+ +	+
4 jours	+ +	+
13 jours	+	+
23 jours	+	+

Il résulte de ce tableau que la terre pét
dans un pétrolage de 8 jours, à peu près de
pétrolage récent, tandis que la terre go
jours a une action bactéricide moins inten
de 11). Le contrôle par ensemencement dire
ces a donné un résustat négatif pour la pl
23 jours.

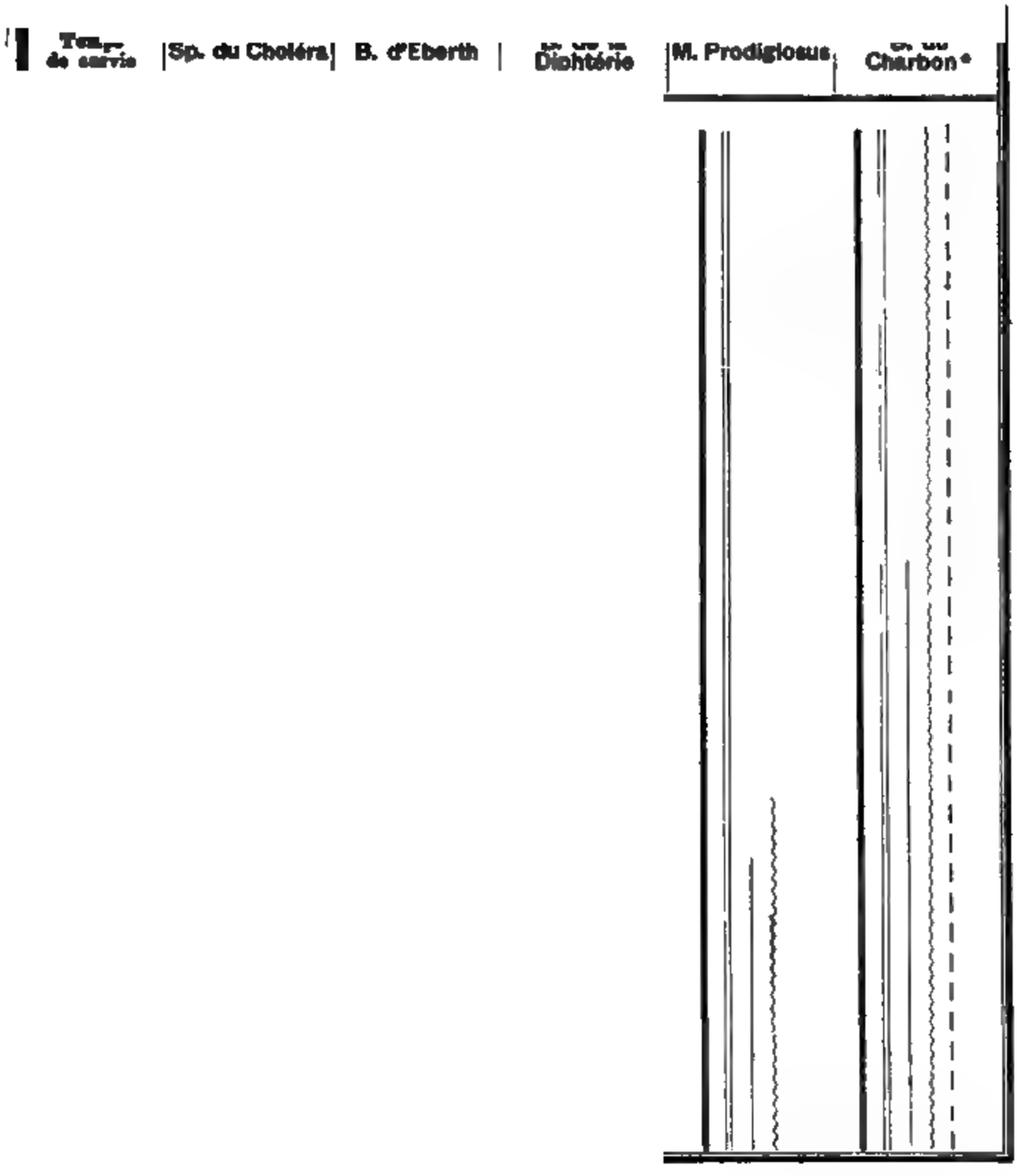
Les conclusions qu'on peut tirer de l'ens
riences sont celles-ci :

Tant le pétrole que le goudron répandus
sent d'un pouvoir bactério-fixateur et bac
action s'exerce d'une manière différente e
différente.

Au point de vue de la *fixation de la pou*
l'action des huiles lourdes de pétrole est
feste. Au contact d'une surface pétrolée, su
est récent, l'huile monte par capillarité d
poussiere, et cette puissance capillaire d'
étendue ; la poussière reste adhérente en

rence n'est pas très forte puis-
ine intensité peut en avoir rai-
ien, cette action fixatrice s'at-

ATIF. — *Moyenne.*



——— Sol goudronné.
nciennement goudronné.
idronné.

ıtrice du goudron est moins étendue, mais plus
oussière absorbée par la surface goudronnée fait
s avec celle-ci, mais cette action absorbante ne
ıe couche très mince de poussière et ne s'exerce
goudronnage est récent; lorsque la couche gou-
rtement durcie, ce pouvoir cesse ou s'affaiblit de
ènir à peine appréciable.

vue de l'*action antiseptique*, la terre pétrolée est
s active que la terre goudronnée. En effet, tan-
ole tue les germes faibles comme le choléra en
, le goudron les détruit en quelques heures. Pour
les germes plus résistants comme le micrococ-
s, ou ceux qui possèdent des spores, comme le
pétrolé est impuissant à les détruire, même après
is que le sol goudronné finit par en avoir raison
Il est bon cependant d'ajouter que le goudron
.ement que lorsqu'il est récemment versé sur la

même des poussières septiques avec lesquelles
ces différents sols : le pétrole les imbibe et les
ıt, mollement, mais abondamment, et ne les sté-
ulement au bout d'un temps très long ; le gou-
re, en imbibe fortement une petite quantité, mais
ıucoup plus rapidement

Fracture des métatarsiens
ant pendant la marche (pied forcé)

Par le Dr Edmond Weber
Médecin de place à Colombier[1]

te des rayons de Röntgen a permis non seulement
résence de corps étrangers métalliques dans les
e a rendu possible aussi la constatation de nom-
osseuses traumatiques ignorées autrefois. Nous
l'hui que les fissures et les fractures des os de
nt beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'avait cru

[1] té présenté à la séance du 16 décembre de la *Société eloise*, à Neuchâtel.

fracture pût être admise sans
ix ans exigeait généralement
vants fussent réunis : douleur
tion et dislocation. Nous som-
ffirmer qu'il existe bien des
qui ne réunissent pas les symp-
tis même dire que certaines
t à peine quelque gêne dans
tent presque d'aucune façon
nant dès lors qu'elles soient

de citer certaines fissures et
-ci ont été observées avec une
ble chez des soldats des diver-
cins militaires qui ont le plus
naissance. Il y a maintenant
nctions de médecin de place à
vait y avoir quelque intérêt à
périences dans ce domaine.
surtout dans la seconde par-
nfanterie et de sous-officiers,
articulière ayant son siège au
ied. Il s'agit d'un gonflement
t à la palpation, occupant la
atarsiens et les dépassant un
r. Il y a tuméfaction œdéma-
tissus y laisse persister une
e rougeur, comme c'est le cas
tismale, ou encore dans l'ar-
agie. L'absence de rougeur,
e de toute infection intra- ou
sément un caractère essentiel
met de différencier celle-ci de
tion ou des troubles ayant leur
vaisseaux lymphatiques. S'il
moneux, on devrait en outre
l'infection.
endant bien des années sous le
auteurs allemands l'appelaient
de ces termes avaient surtout
naient pas une lésion anatomi-

que. On ignorait en effet la vraie nat
fallait un terme qui fût neutre à cet ég
en 1855 qu'il s'agissait de tendovaginite
Martin, Ponzat, Rittershausen et d'aut
périostite des métatarsiens, tandis que
inflammation des ligaments du pied. P
taires ayant fait du service sur la pl
environ dix ans se souviendront sans d
donnais souvent ces diverses explicatio
cas qui, je le répète, ne sont pas rares

C'est assez récemment seulement
Stechow, de Holstein, Thiele, etc., ont
moyen de la radiographie qu'il s'agit e
de fissures des os du métatarse. Cette
paru invraisemblable à ceux qui ont tra
de pied forcé, et qui savent que fréq
nuent de faire leur service et de marc
il n'en résulte pour eux qu'une certaine
symptômes caractéristiques d'une gro
part j'ai offert plusieurs fois à des solda
ser à l'Hôpital, mais la plupart ont re
que leur état de santé n'exigeait pas se
souviens cependant aussi d'en avoir dû
uns contre signature de l'acte de renon

Ce serait une erreur de croire que ce
exceptionnellement graves de pied for
fracture; c'est au contraire la règle. Le
tions de notre lésion étaient d'ailleurs
tes. La tendinite aiguë de la jambe, due
excessif du vélo, affecte, comme celle
caractéristique de la tendinite crépita
partie inférieure de la jambe et non su
pas le moindre frottement dans le pied
s'agissait réellement d'une inflammat
pied due à la marche forcée, on devr
celle-ci siégerait à la plante du pied et
l'enflure se trouve précisément. Quan
interprétation se rapprochait singulièr
seule la radiographie a permis de tran
gnostic différentiel qui se pose ici.

Ce genre de fractures et de fissures e

de nos médecins militaires, ainsi que j'ai pu m'en convaincre à nouveau cette année. Si les soldats atteints ne sont pas toujours classés par eux parmi la catégorie des simulants ou de ceux qui exagèrent leurs bobos, il n'en est pas moins vrai que beaucoup de nos officiers sanitaires méconnaissent la vraie nature de cette lésion et l'envisagent comme une banale affection des pieds à l'égard de laquelle on peut se montrer indifférent. Aussi c'est avec raison que le Dr Meyer-Altweg, de Bâle, capitaine au bataillon 50, qui s'intéresse depuis plusieurs années à cette affection, dit en terminant un travail très complet publié sur cette matière[1], qu'il y a lieu de mentionner le pied forcé lors de l'instruction des aspirants et de faire rédiger les rapports que ce cas supposé exigerait. Avec mon confrère Dupraz[2], je ne puis que souscrire à ce vœu, en ajoutant qu'il me paraît opportun de donner aussi une courte description clinique de cette affection et d'en présenter quelques skiagrammes.

Pour celui qui a vu une seule fois un soldat atteint de pied forcé en connaissance de cause, l'aspect de l'organe, siège de la lésion, est tellement caractéristique, qu'il ne saurait plus être hésitant dans la suite. Sa description se résume en ceci : tuméfaction douloureuse au palper sur le dos du pied, à surface lisse non rougie, survenue pendant une marche pénible, en l'absence d'une cause interne telle que rhumatisme articulaire ou goutteux, ou encore blennorragique, et en l'absence d'une cause d'infection (phlegmon). Ce tableau symptomatique nous suffit parfaitement pour être fixés une fois que nous comptons parmi les prévenus. A ce moment, c'est-à-dire tout au début de la lésion, la radiographie nous fournit des skiagrammes qui permettent de voir directement la fracture, lorsque celle-ci est complète. Mais j'insiste pour dire que c'est là plutôt l'exception, et que dans la règle il s'agit de fissures. Or les fissures peuvent être si insignifiantes qu'elles sont à peine perceptibles à la vue ou qu'elles nous échappent même complètement.

Comme preuve à l'appui de cette assertion, qu'on veuille bien examiner attentivement la figure 1 de la planche I. Elle représente la radiographie du soldat M., de l'école de sous-officiers I, 1903. La lésion s'est produite le 12 octobre ; M. a fait deux jours d'infirmerie. Je l'ai ensuite adressé avec mon dia-

[1] *Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte*, 1902, n° 11.
[2] *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 20 juillet 1903.

ı du second métatarsien à un institut radio-
ıre que j'avais présumée existe réellement,
·a qu'elle est bien difficile à voir. Peut-être
·il devoir mettre son existence en doute ; ce
tort, comme nous allons le constater tout à

'abord l'historique du soldat M., je dirai que,
ıé deux jours à l'infirmerie, il reprit le ser-
mpit plus jusqu'à la fin de l'école, qui dura
ıurs. Immédiatement après il rentra à son
fiseur-pâtissier et a travaillé dès lors sans
a pas consenti à aller à l'Hôpital, malgré
'ais faite d'y assurer son admission.
ıe voilà peu de symptômes pour une fissure

le radiogramme fig. 1 (Pl. I) au médecin
ıièce à l'appui annexée à mon rapport spé-
ıis je l'ai aussi envoyé en communication à
tweg. Ce confrère m'a alors donné un con-
nérite d'être suivi chaque fois que l'on se
e d'un cas douteux. Ce conseil permet de
on sans recours et son exécution n'est pas
si vous n'êtes pas très sûr de votre fait ou
photographie manque de netteté, attendez
ıuis faites une seconde épreuve photographi-
un cal se sera formé, et si une fissure a pu
cal qui la remplit maintenant et déborde avec
ubérance ne peut manquer cette fois d'ap-
ıt. La figure 2 de notre planche nous en
C'est en effet le skiagramme du même soldat
t un mois plus tard. Le volume considérable
qui entoure une partie de la diaphyse du
ı assure le bien-fondé de notre premier dia-
é de l'existence d'une fissure peu apprécia-
ı photographie. Ainsi j'ai fait comme d'au-
ue cette seconde photographie sera bien sou-
elle seule est quelquefois à même de nous
parfaite de la lésion. La présence d'un cal
e rétrospectivement qu'il y a eu fissure. J'ai
quefois de n'avoir pas fait faire cette seconde
ve. Je possède en effet des épreuves faites le

sur lesquelles il est impossib
ie; un mois plus tard j'aura

elques échantillons de cals cl
de leur évolution, j'ai fait
ome d'un cas datant de 19
anche. Cette image représen
ecté de fracture guérie du trois
nt le récit du cas : Vers le m
rues de l'an 1902, soit le 20
ngt ans, ressentit une douleur
che, et après avoir sauté finale
senta à l'infirmerie, où le mé
rs, sans avoir formulé de diagn
éré à l'Hôpital, d'où il fut ren
tion guéri, après neuf jours p
entré chez ses parents, il
et je fus appelé moi-même à l
u troisième métatarsien était
ctuée lentement, ce jeune ho
rdé le lit. Actuellement il ne
nel, mais le métatarsien siège
e de fuseau, surtout aux dépe
aphyse. Le métatarsien corre
ment photographié afin de ser
ns sur notre planche, est bien
rence).
ont très inégalement intéress
atteint le second (73 cas sur 1
ite le troisième (49 cas des m
t le quatrième. Les premier e
ent toujours. Le fait que le s
que les autres et les dépas
le Lisfranc explique pourquoi
lus souvent compromis. Pend
pied se déroule, le poids de t
s métatarsiens, et surtout sur
es leviers peuvent céder; il
énéralement non à la moitié
deux tiers de la diaphyse, e
on extrémité centrale. Cepend

poids du corps à lui seul ne suffit ordinairemen
sionner la lésion, même à la suite de marches d
Il ne m'a pas été possible de trouver dans les
ce sujet la mention que des participants à
vitesse ou d'endurance de marche simple fusse
lièrement éprouvés.

La longueur de la taille du sujet, à laquelle
même la longueur des métatarsiens servant da
bras de leviers sur lesquels le poids du corps s
pas un rôle appréciable dans la statistique des
surprenant de voir que le poids du corps se con
indifféremment. Il est bien entendu que j'ai tou
des fractures se produisant pendant la march
d'un traumatisme très violent tel qu'il résulter
de la chute d'un endroit élevé. En effet, nos
de fractures n'ont été ni particulièrement gr
J'en arrive ainsi forcément, par exclusion des
qu'on pourrait incriminer, *à attribuer un rôle p
charge qu'on oblige les militaires de porter*. Avec
des appareils de contention du squelette que l
produire, je n'hésite pas à mettre un grand
tures sur le compte du surcroît de charge impo
En raison de son importance étiologique, je c
ner ici quelques renseignements que je dois er
geance du directeur de l'Arsenal de Colombier.

Le poids total de l'équipement complet du so
suisse, avec sac paqueté, fusil, capote, bûche
outil de pionnier, 120 cartouches à balles, a
l'uniforme et des vêtements, comporte 29 kil. 4
Si l'équipement est mouillé et les chaussure
boue, il peut atteindre 32 kil. 500 à 33 kilos [1].

[1] Le soldat représente généralement la partie la plus
lation, sauf les erreurs qui se produisent au moment du
doit être capable de fournir un travail musculaire consi
pas moins vrai que ce dernier est cependant limité, c'est
un maximum qu'on ne saurait dépasser. Or, le travail
tassin peut être employé soit à porter une charge dont l
dans de certaines limites, soit à parcourir des distances
nombre déterminé de kilomètres, l'allure et la nature
naturellement aussi en ligne de compte. Les traités mili
charge du soldat ne devrait pas dépasser le tiers du poid
Traité allemand de tactique). Cette règle est parfaitem
que le fait observer le Dr Krocker, médecin militaire all
prétendre avec plus de raison que la charge doit rester

Voilà donc un surcroît de charge d'environ 30 kilos, à ajouter au poids du corps du soldat. Supposons que celui-ci comporte 60 kilos, nous obtenons un total de 90 kilos, dont plus de 33 % de surcharge. Je pense que c'est cette dernière qui fournit souvent l'appoint nécessaire pour produire une fracture. Le fantassin est appelé à manœuvrer dans ces conditions pendant beaucoup d'heures, quelquefois sur un terrain défavorable, sur un sol détrempé, d'autres fois sur des déclivités de terrain. Or, il n'est pas rare que des fractures se produisent précisément sur des sols en pente. Mais ce n'est ni en les gravissant directement, ni en dévalant en bas de ces collines, c'est en les prenant en écharpe. Le médecin militaire autrichien Trnka a en effet montré que lorsque le pied se trouve ainsi en supination forcée, les second et troisième métatarsiens sont soumis à une

ou au cinquième du poids du corps Celui-ci varie d'ailleurs considérablement d'un individu à l'autre, et il serait absurde de conclure que le sujet le plus lourd est aussi capable de porter la plus grande charge. Ce qui est certain, c'est que, plus la charge qu'on impose au soldat est lourde, plus il doit dépenser de force pour la porter, et moins il lui en reste pour la marche et pour les exigences du combat. Cela revient à dire que plus le fantassin est chargé, moins il est apte à se transporter rapidement d'un point à un autre. A un moment où cette facuté de pouvoir se déplacer rapidement est désignée comme qualité primordiale et essentielle de l'infanterie par les officiers supérieurs, il est intéressant de constater que c'est le soldat de notre armée de milices suisses qui est tout à la fois le moins entraîné et le plus chargé.

Tableau comparatif de la charge du soldat :

En Allemagne	26 — 28	kilos	En Russie	27,1
Autriche	28 — 29	»	Angleterre	27,2
Italie	28	»	Suède	29
France	26,5 — 27,5	»	Suisse	30,940

Cette charge de plus de trente kilos est encore un minimum ; elle est dépassée lorsque les vêtements du soldat sont mouillés. En outre l'homme de troupe a une tendance naturelle à emporter avec lui des objets qui lui sont un agrément, tels que des cahiers de chansons, un portefeuille, des lettres, du tabac, etc. Je me hâte toutefois aussi d'ajouter que dans les services d'instruction, on ne fait porter ni les cartouches à balle, ni les trois rations de réserve.

A mon avis, il y a là évidemment une grande erreur hygiénique. Avec les marches prolongées que l'on demande au fantassin, on ne peut réellement exiger, même du plus robuste, qu'il transporte encore trente kilogrammes L'équipement de ce corps devrait fatalement, me semble-t-il, être très profondément modifié, car ce n'est pas de quelques centaines de grammes qu'il mériterait d'être allégé, mais d'une bonne moitié. Au risque de paraître très hardi, je crois qu'il faudrait débarrasser le fantassin de son havre-sac si l'on voulait en faire un bon marcheur. Deux officiers de notre armée, MM. Estermann, major (*Feldmässig rationelle Reform der persönlichen Ausrüstung*) et le Dr Koller (*Beilage zur allgemeinen schweizerischen Militärzeitung*, 1903, II Heft), ont publié sur ce sujet des études qui mériteraient pour le moins de ne pas tomber dans l'oubli.

ui peut amener leur rupture *(fracture par torsion)*.
métatarsiens sont fixés à leur base, tandis que les
t second sont mobiles et restent par conséquent indem-
s enquête précise, ce mécanisme de production de la
m'a été confirmé. J'ai entre autres eu l'occasion de
nstituer récemment sous mes yeux, par un étudiant,
e dont sa lésion s'était produite. Elle correspondait
ent à la description de Trnka.
iterai ici que pour mémoire les fractures analogues
oduisent à la suite d'une chute sur les pieds, lorsqu'on
fossé, etc. Dans ces cas encore, ce sont les second et
métatarsiens qui sont le plus souvent intéressés,
e c'est eux qui supportent presque exclusivement le
corps, ainsi que l'a démontré le professeur Hermann
er[1]. La tâche des premier et cinquième métatarsiens,
iles, ne consiste guère qu'à empêcher le pied de verser
ent.
herché à savoir si certaines constitutions, telles que le
sme, le rachitisme, etc., ne prédisposent pas de façon
re aux fractures. Les sujets atteints que j'ai observés
taient pas de ces diathèses.
d'après Caccia[2], le pied à cambrure prononcée *(pes*
rait plus sujet à la fracture que le pied normal et
tre exclu du service au moment du recrutement aussi
le pied plat.
décins militaires des nations voisines, possédant des
ermanentes, sont unanimes pour déclarer que la frac-
métatarsiens s'observe surtout au cours de la première
service du fantassin. Il faut donc admettre que l'en-
nt est susceptible de produire une adaptation de l'or-
au sucroît de charge qu'on lui impose. En Suisse, je
lement que la lésion est surtout fréquente vers la fin
s de recrues et de sous-officiers (voir les nombreuses
endinites figurant sur les états des malades). Je puis
aussi affirmer qu'elles ne manquent pas non plus lors
anœuvres d'automne. En 1899, alors que le comman-
du dépôt de malades de la division de manœuvres
été confié, j'en ai vu plusieurs cas; ils figurent sur les
sous la dénomination de pieds forcés.

de statique et de mécanique du corps humain.
. *med. del R. Esercito*, 1903, fasc. 3.

La fissure et la fracture des métatarsiens donnent un pronostic presque constamment favorable. Elles guérissent même en l'absence de tout traitement, et il est surprenant de voir que les cas méconnus, qui sont sans doute extrêmement nombreux, n'ont pas donné lieu souvent, que je sache, à des résultats fâcheux. Je connais et j'ai pu voir plusieurs jeunes gens atteints au service de pied forcé, à une époque où, comme chacun, j'ignorais la vraie nature de cette affection. Sans immobilisation, sans pansement contentif, même en continuant de marcher et de faire du service, il est certain qu'il y en a qui ont parfaitement bien guéri. Il paraît néanmoins qu'on a vu quelques cas négligés dans lesquels la formation du cal est devenue exubérante au point de gêner le port des chaussures et d'entraîner l'inaptitude au service.

Comme le montre bien la figure 2 de notre planche, je crois que la mobilisation des fragments ne retarde guère la guérison, mais qu'elle pousse à la production d'un cal de gros volume. Par contre, il semble qu'il ne se forme pas de pseudarthrose pour ce motif seul. Ceci vient à l'appui de l'opinion émise par M. Cornil à la suite d'expériences faites sur des animaux[1], suivant laquelle la mobilité des fragments, à laquelle on a fait jouer un rôle considérable dans la non-consolidation des fractures, est incapable de provoquer à elle seule une pseudoarthrose. Il faut pour cela, soit une cause locale, telle que l'interposition musculaire, soit une cause générale enlevant aux tissus leur plasticité. M. Lucas-Championnière soutient d'ailleurs depuis longtemps que les fractures traitées par la mobilisation, quel que soit leur siège, guérissent deux fois plus vite que celles que l'on soumet à l'immobilisation, et ne sont jamais suivies de raideurs articulaires. Cet auteur estime dès lors qu'il ne faut immobiliser une fracture que si elle s'accompagne de déformation ou de tendance à la déformation du membre, ce qui n'est pas le cas ici. Il pense que la mobilisation est la méthode de choix, mais qu'elle ne doit pas dépasser certaines limites, sous peine de voir le cal prendre un développement exagéré. Ces quelques considérations peuvent expliquer pourquoi les fractures des métatarsiens guérissent d'ordinaire bien, même si elles n'ont pas été reconnues.

Si le cal formé au bout de trois à quatre semaines est volu-

[1] *Semaine médicale*, 9 décembre 1903.

ıt de produire de la douleur et de la gêne dans
ı prévisions ne sont pas encore définitivement
· cela. Généralement il redevient plus petit après
par résorption de certaines de ses parties (voir

exige une durée d'environ trois à quatre semai-
mons qu'elle est parfaite lorsque la douleur a
nent disparu. Les médecins militaires allemands
ı l'homme atteint soit capable de se dresser sur
pieds pour pouvoir être déclaré guéri. Il sera
souvent bien difficile de fixer exactement ce
ıgré de sensibilité du sujet et d'autres facteurs
ıif pourront jouer ici un très grand rôle. Nous
combien il y a de difficultés, en matière d'assu-
:iser le moment où une fracture quelconque,
doit être qualifiée de guérie. A plus forte rai-
ıous être embarassés lorsqu'il s'agit de fissures
ıque à l'appréciation de nos sens.
d'assurances, je désire en effet signaler ici le
ıportant à connaître pour nos officiers sanitaires,
rcé devra être rangé dorénavant dans la classe
Jusqu'à présent, et à défaut de renseignements
ature, il figurait dans la statistique des *maladies*.
· du caractère incontestablement traumatique,
la lésion, le médecin en chef a décidé de changer
:ion. Or l'on sait que pareil déclassement a pour
ications dans la conduite à tenir à l'égard du
revendications de ce dernier, la loi sur l'assu-
sanctionnant la distinction entre maladies et
aitant inégalement ces deux rubriques.
ı là qu'il sera dès maintenant indispensable de
:ision le diagnostic et d'éviter des confusions.
fier la terminologie, il y aurait peut-être lieu
l'ancienne dénomination de pied forcé et de
ment et simplement celle de fracture des méta-

y avoir de l'importance au point de vue médico-
le diagnostic en cas de contestation (simulation,
civile).
diagnostic bien établi d'un ou de plusieurs pre-
être utilisé par le médecin militaire pour pren-

; mesures prophylactiques. La
ısivement à la suite de marches
ayant produit un relâchement
ıs du pied ; l'accord existe sur
ı soldat y contribue pour une
ıs qu'il arrive à certains chefs
èle, la mesure de travail mus-
noyenne est capable de fournir
nients pour lui. Mon expérience
er que si ces chefs montrent
à donner suite aux plaintes qui
médecins aussi longtemps que
ites ou de pieds blessés, leur
en éveil aussitôt qu'il est ques-
ıos récriminations ne manquent
donc que, lorsque ce genre de
t le signal pour ne pas pousser
du soldat.

nombre de fractures du méta-
t sans aucun traitement. Sou-
ɜ faire son service, non cepen-
es. Le médecin militaire doit
r à l'Hôpital, car il a droit au
l'indemnité allouée par la Con-
s d'accidents survenus au ser-
: que le soldat accepte d'être
ıt, après peu de jours passés à
ı son service, et le fait en bot-
: l'école est proche. Toujours il
les douleurs pendant plusieurs
uite à tenir devrait être la sui-
s complet et immobilisation au
ıcaté ou amidonné, pendant en-
roduction d'un cal de trop gros
s'habituer de nouveau à mar-
ɜau. Les compresses imbibées
ırnica, d'eau chaude, le mas-
ue utilité.

ilitaire non familiarisé avec la
rs de la manière suivante : Il
ant lui une tendinite et ordonne

un badigeonnage de teinture d'iode. Après tro
il renvoie impitoyablement son malade, dans la
ci exagère la gravité de l'affection. Si un con
lui déclare qu'il s'agit d'une fracture, il a pei
qu'il n'existe pas de crépitation. Je rappelle (
fait réellement presque toujours défaut.

C'est bien intentionnellement que j'ai fai
que la fracture du métatarse n'est nullemer
Bien au contraire, je l'ai observée un grand
Colombier, vers la fin des écoles militaires.
surmenage réel, les cas peuvent s'accumuler,
nomène se produire plus d'une fois ici. Cepe
rait presque en vain ce genre de lésion dans l
notre armée. On ne la trouverait signalée q
dernières années. Cela tient à ce qu'elle a
figurée sous d'autres rubriques que celle à lac
tient en réalité. C'est aussi ce qui explique pour
Altweg, s'étant adressé à M. le colonel Murse
de se rendre compte de la fréquence de ce t
notre armée, ne trouva nulle part qu'on en
au cours du rassemblement de troupes de l'
les médecins l'ont en grande partie méconnu
on ne saurait en vouloir aux instructeurs et a
d'unités d'en avoir ignoré l'existence.

En terminant cet exposé, qu'il me soit pern
der aux jeunes confrères militaires de ne pas
mettre à un examen attentif les soldats souf
des pieds. Voici quelques règles que je leur pr
en considération :

Tout homme se plaignant de douleurs ayai
pieds doit être ausculté. Plus d'une fois on a (
cas l'existence d'affections cardiaques conséc
matisme articulaire. Ces douleurs s'exaspèren

En l'absence d'autres affections, lorsqu'un
douleurs aux pieds, il y a lieu de s'assurer a
atteint de blennorragie. L'arthrite blennorra
quelquefois aux pieds, quoique son siège de pr
genou, où elle se caractérise par un volumineu

Faire marcher le soldat à pieds nus. Si la
affaissée en dedans, si le scaphoïde et le pr
touchent le sol pendant la marche, il s'agit d'

cette affection est souvent accompagnée de douleurs assez vives persistant dans la station debout, mais disparaissant au contraire lorsque le sujet est étendu. C'est la tarsalgie du pied plat. Il s'agit probablement alors d'une syndesmite. Le pied plat transpire presque toujours abondamment.

S'il existe une enflure sur le dos du pied, au niveau d'un ou de plusieurs métatarsiens, il s'agit presque à coup sûr de pied forcé, c'est-à-dire de fracture du métatarse. Préciser le diagnostic, car on est en présence d'un accident.

Bien souvent le fantassin atteint aura continué malgré cela de marcher, et sera même incapable d'indiquer avec exactitude l'heure de la journée où cet étrange traumatisme s'est produit. Pour être invraisemblable, ce tableau clinique n'en est pas moins vrai. Nombreux sont, je n'en doute pas, ceux qui avoueront qu'ils ont sur la conscience quelque cas méconnu.

RECUEIL DE FAITS

Ostéomalacie traumatique

Par le Dr Edmond Lardy.

Le nombre des cas d'ostéomalacie traumatique publiés jusqu'à ce jour n'est pas très considérable, du moins celui des observations bien caractérisées. MM. G. Gayet et L.-M. Bonnet [1] qui, en somme, ont créé cet important groupe, cette importante distinction dans l'excessivement vague entité morbide qu'on appelle l'ostéomalacie, n'en relèvent que dix observations.

Notre première observation nous paraît sans conteste appartenir à ce groupe dont elle formera certainement un des types les plus achevés.

Obs. I. — X., jeune fille de 17 ans, entre à l'Hôpital français de Constantinople le 6 avril 1893 pour des déformations osseuses des extrémités inférieures lui interdisant presque absolument la marche. En effet, c'est à peine si elle arrive à faire quelques pas dans une chambre, au moyen d'une canne et d'une béquille.

[1] G. Gayet et L.-M. Bonnet. Des ostéomalacies, *Revue de chirurgie* 1901, t. I,

Les ascendants sont sans tare
vivant depuis des siècles dans le l
sont vigoureux et bien portants. D
sont morts du croup, les autres so
lade porte le numéro 7 de la série
les aînés sont normaux et en bonn
fausse couche dans les premières a
cun signe de syphilis, soit chez les
et sœurs.

La malade a été allaitée par sa
abondance, le développement du b
tion régulière. Le développemen
aussi et l'enfant n'a pas commence
autres enfants ; pas de convulsion.
onze mois et a continué à marche
tions osseuses des jambes jusqu'à l

A cette époque, elle est tombée
cage de l'escalier, se heurtant de
connaissance et complètement cya
de vie qu'après deux heures ; le cr
transversal, le *fémur droit* était fr
trois mois de lit et la fracture con
mais conserve une certaine difficu
cinq ans, chute insignifiante *sur le*
nouvelle fracture du fémur droit a
en son milieu ; nouvelle consolidati
Dans le courant de la même année
de peu d'importance, fracture du
rieur, long traitement de la fractu
consolider. L'enfant, quelques moi
et se casse pour la troisième fois le
maintenue au lit de longs mois ; qu
marcher qu'avec de grandes difficu
dans la jambe qu'un médecin ex
vicieuse de l'os fracturé ; il propos
pour le remettre en place, ce
famille ; la dernière fracture avait
(kirikdji). C'est une coutume très
hélas ! à Genève aussi, que de s'ad
teurs pour les fractures et les luxa
atroces résultats de leur traitemen
ces messieurs sont aussi malheur
Genève qu'à Constantinople.

A partir de la huitième année,
commencé à s'incurver pour atteir
tion qui amène la jeune malade à
remarqué l'incurvation des fémurs
tibia gauche et ne peut donner au
la progression de ces déformations

Ce n'est que depuis trois ou qua
che exclusivement avec des béquill

Pas de douleurs au repos ; la malade souffre seulemen dant la marche.

Elle a été réglée à douze ans ; les menstrues sont irrégu non douloureuses.

Etat actuel, 6 avril 1893. — Développement intellectu tainement incomplet ; à chaque question posée. la face e un étonnement qui a quelque chose de crétinoïde, la n'est pas en état de répondre avec précision aux questio

Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'énorme disproportio tant entre les parties supérieure et inférieure du corps. que le thorax et les membres supérieurs sont normalem vigoureusement constitués, les membres inférieurs sont més et contournés de la façon la plus bizarre. La tête grosse, 56 cm. de circonférence, présente des signes qu pellent une hydrocéphalie ancienne ; les bosses pariét frontales sont volumineuses et la grande fontanelle, aujou ossifiée, mais qu'on sent nettement, a presque la surfac paume de la main. Le front est proéminent. Les os de l sont normalement développés, les dents *magnifiques,* ment régulières et blanches, pas trace de barre ou de lures. Le thorax et les membres supérieurs sont norma constitués, pas traces de rachitisme ; les épiphyses, même des jambes, sont plutôt graciles, les poignets fins, pas pelet costal.

Il y a un certain degré de scoliose avec développeme marqué du côté gauche du thorax et affaissement corr dant du côté droit. Mais cette déformation provient nement du raccourcissement considérable de la jambe d le bassin est d'ailleurs entièrement chaviré à droite.

Hauteur totale, 123 cm. ; du sommet de la tête au 67 cm. Longueur des bras de l'acromion à l'extrémité d dius, 67 cm. La malade ne se soutient plus guère que pied gauche, les orteils du pied droit effleurant à peine

Le bassin est peut-être aplati dans son diamètre antér térieur, mais à un très faible degré.

Comme nous l'avons déjà dit, les jambes sont bizar déformées.

Les deux fémurs, le gauche au moins autant que le (fracturé trois fois), sont incurvés complètement en leur formant presque un demi-cercle, le fémur gauche av vexité externe à droite antérieure et par là peu distincte figure (p. 139).

Les épiphyses inférieures sont absolument normal déformation dépend absolument des diaphyses. La di des deux fémurs est manifestement élastique et l'angle peut être ouvert et fermé, sans grand effort, de plusieurs

Les épiphyses des tibias ne présentent rien de parti il existe du relâchement articulaire à droite où l'artic du genou peut être portée dans une hyperextension d'e 25 degrés.

Le tibia gauche, qui a été cassé, présente à la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur, une légère incurvation à convexité antéro-interne. Comme pour les fémurs, l'os est flexible en cet endroit

Du côté droit, la déformation tibiale est bien plus considérable ; la diaphyse normale jusqu'en son milieu se coude brusquement à angle droit et subit une torsion en dehors d'environ 40°, ce qui fait que la face plantaire regarde à droite et que les orteils peuvent seuls toucher le sol. La malade ne peut plus du tout se servir de cette jambe pour la marche, le membre inférieur droit est absolument suppléé par la béquille. (Voir la fig.1).

Dans la partie déformée, l'os est fortement épaissi et semble s'être réuni au péroné qui disparaît dans l'épaississement osseux; en cet endroit l'os est excessivement flexible.

Le pied est en subluxation externe.

La musculature des deux jambes est assez bien développée, tout en ayant en grande partie, si ce n'est en totalité, disparu de la surface convexe des os et cela particulièrement sur le tibia droit où les muscles ont tous passé à la partie postérieure de l'os, *c'est-à-dire en suivant la corde de l'arc osseux.*

Jambe gauche : Ligne droite entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et la malléole externe, 63 ½ cm. Longueur du grand trochanter à la malléole externe, en suivant les contours des os, 73 cm.

Jambe droite : Ligne droite entre la malléole externe et l'épine iliaque antérieure et supérieure, 47 cm. Longueur en suivant les contours des os du trochanter à la malléole externe, 83 cm.

Les organes internes paraissent bien développés et sains.

La musculature du thorax et des membres supérieurs est fortement développée.

Urine. (Analyse due à l'obligeance de M. Pierre Apéry, chimiste expert à Constantinople. Nous lui exprimons ici tous nos remercîments.) Jaune pâle, acide, densité 1,018. Eléments normaux par litre : urée 23,0 gr., acide urique 0,30 gr., acide phosphorique 0,30 gr. Pas d'albumine, pas de glycose. L'acide phosphorique est en quantité très inférieure à la normale qui est de 1,60 gr. à 2 gr. par litre.

Etant donné les notions que l'on avait à cette époque sur l'ostéomalacie, nous posons le diagnostic vague de : ostéomalacie juvénile, avec hydrocéphalie ancienne.

Origine? Peut-être syphilitique étant donné les signes manifestes d'hydrocéphalie.

Indications. Castration ovarienne double pour guérir la « diathèse » ostéomalacique. — Redressement successif des membres par l'ostéotomie cunéiforme. — Cure iodurée.

Pronostic. Favorable bien que laissant quelques doutes sur la consolidation des os, en tous cas traitement très long.

Si nous nous sommes décidés à la castration dans ce cas,

c'était pour mettre un atout de plus dans notre jeu, un peu au hasard il est vrai, puisque nous ne pouvions pas expressément ranger ce cas dans la catégorie des malades ostéomalaciques pour lesquels Fehling a proposé la castration.

Fig. 1.

Le 12 avril 1893, nous procédons à l'oophorectomie qui se fait en quelques minutes sans difficulté. Les deux ovaires sont assez gros, du volume d'une noix avec de nombreux kystes, c'est ce que l'on est convenu d'appeler des ovaires kystiques. Le soir, T. 36°,1, rien d'anormal.

Le 13 avril au matin, 36°,3. Vers 9 h. du matin, sans cause appréciable, collapsus subit; injections d'éther, puis de caféine, lavements de café et, la malade ne se relevant pas vers 11 h., infusion sous-cutanée d'un litre de solution salée physiologique.

Le soir, la malade est bien, 36°,8, et depuis lors tout marche à souhait; réunion par première intention absolue de la plaie abdominale.

La cause du collapsus est restée pour nous inexpliquée, car il n'y a certainement pas eu d'hémorragie secondaire et nous n'avions employé pendant la laparotomie que des pièces aseptiques et aucun antiseptique, c'est du « shock » opératoire dans toute l'étendue du terme

Le 10 mai, première ostéotomie pour redresser le tibia droit. Nous commençons par l'os le plus malade, car nous n'avons rien à perdre de ce côté, même si la consolidation osseuse ne se faisait pas, le membre étant devenu un appendice si inutile, si gênant, qu'au cas où le redressement ne serait pas suivi de consolidation, nous aurions pu sans grand dommage pour la malade recourir à l'amputation et à une prothèse.

Fig. 2.

L'opération se fait en narcose. Le chloroforme est donné avec l'appareil de Junker.

L'incision longue d'une quinzaine de centimètres porte sur la convexité de l'os.

Nous trouvons le périoste très épaissi, 3 mm. environ, absolument adhérent à l'os dont on ne peut le détacher qu'en arrachant des parcelles osseuses. La surface de l'os est rugueuse, beaucoup plus richement vascularisée que dans la normale; l'os est excessivement mou et se laisse facilement tailler et façonner avec un couteau à résection. Dès qu'on dépasse ce qui aurait dû être la substance compacte, c'est-à-dire la surface sous-périostique à peine épaisse d'un millimètre, rouge et très riche en vaisseaux, on arrive sur du tissu spongieux très gras, très mou, qui laisse exprimer de la graisse filante comme de l'huile [1].

Le péroné, normalement ferme, épaissi, est deformé et absolument enclavé dans le tibia qui s'est moulé en quelque sorte autour de lui (fig. 2), mais sans aucune adhérence entre les deux os.

[1] Voir Gayet et Bonnet, loc. cit., p. 48.

normal comme tissu et sain sur
ons réséquer pour redresser la
la traction périostale des muscles
entre le genou et le pied a évi-
ête que l'on voit sur la figure et
.m. de hauteur.
aine épaisse d'environ 1 cm. com-
gras, très vascularisé à la sur-
race de substance corticale, en
e qui fut réséquée, soit environ

e énorme quantité d'os pour pou-
ous les tissus, fascias, muscles,
la corde de l'arc et se trouvant
ns possibilité pratique d'allonge-
taillées en escalier sont suturées
drainage, attelle postérieure.
tures profondes et des drains.
enlèvement des sutures superfi-
ntention absolue.
movible.
ne devient réelle qu'au lever du
1893, soit après six mois, et en-
gidité du membre est cependant
marche avec un appareil de sou-

lade prit de 2 à 3 grammes d'io-
'iodure fut bien supporté, mais
flexibilité des os.
linéaire du fémur droit. Le pé-
isé qu'à l'endroit le plus proémi-
t adhérent à l'os dans toute la
détacher que difficilement et avec
uses. La surface de l'os est très
stement encore de la substance
n puisse la sectionner au cou-
au ciseau En quelques coups de
ambe se laisse relativement faci-
d'opposition des muscles ou des
us de la portion coudée et élas-
e normal. La fracture est traitée
çon à vaincre les derniers restes

tion absolue de la plaie.
fémur gauche avec résection de
de façon à pouvoir redresser faci-
; nous pouvons nous permettre
ette jambe étant beaucoup plus
e de l'énorme résection osseuse
scalier est suturé à la soie.

Sur ce fémur le périoste n'est épai
une faible étendue, c'est-à-dire au v
courbure. L'os lui-même est d'app
moins résistant que chez un sujet sa
risé, seul le canal contient une moell
graisse.

A droite comme à gauche, le ramo
porté que sur une étendue de que
avait pas trace de courbure de la di
mais une simple coudure, avec angle
molli, à droite environ au milieu de l'
dessus du milieu.

Suture de la plaie à la soie sans dr

Fixation des deux jambes dans u
vible.

Infection de la plaie par les fils de
après quelques jours [1].

[1] Nous passions à cette époque par ce q
soie » Depuis 1887 nous employons et nous
comme matériel de suture et de ligature *que*
parfaitement satisfait et n'avons absolument

Mais... comme bien d'autres, nous av
dire que nous avons voulu remplacer pendan
antiseptique au sublimé, par de la soie simp
c'est-à-dire *aseptique* et cela nous a valu bie
trer dans le droit chemin, c'est-à-dire à rep

Asepsie de la plaie, asepsie du pansem
voudra, mais soie antiseptique et rendue an
samment puissant pour détruire immédiate
des mains et même des gants lui communiq

La soie, c'est le matériel le plus parfait p
superficielles ou perdues, mais il y a certai
se départir si l'on ne veut voir de temps en
et s'éliminer laborieusement.

1° La soie doit être *antiseptique* et conse
tique puissant, le sublimé de préférence,
passée à l'autoclave ou cuite dans l'antisept

2° Pendant l'opération, la soie doit sorti
septique et l'on ne doit pas, comme le font
dans ce liquide avec des mains pleines de s
à l'antiseptique.

3° On ne doit pas non plus manipuler la
il n'est pas besoin de les laver dans un anti
l'eau salée, l'eau stérilisée suffisent.

4° Il ne faut employer que de la *soie fin*
par l'antiseptique, pour nous le sublimé ; en
4 ou 8 doubles de soie. Le plus gros numé
le numéro 2 de la soie tressée de Turner.

5° Pour les sutures perdues, il faut éviter
prochés et ne pas serrer trop fort ses fils,
des tissus, en particulier des fascias (Cure
blanche).

6° Les sutures superficielles ne doivent
sutures perdues, et on doit enlever les fils p
vingt-quatre heures, pour éviter qu'ils ne

La plaie guérit par seconde intention assez rapidement.

Quant au tibia gauche, sa courbure n'était pas assez prononcée pour exiger un redressement.

31 janvier 1894. Les fractures sont consolidées, mais le cal est encore flexible; les jambes sont aussi droites que possible. Nouvel appareil plâtré pendant six semaines.

17 mai 1894. La malade est pourvue d'un appareil de soutien (genre Taylor) et la marche commence avec des béquilles.

Malgré la large résection du fémur gauche, la jambe droite est de 8 cm. plus courte que la gauche, raccourcissement qu'il faut compenser par une semelle en liège.

Le 16 décembre, la malade peut marcher sans béquilles, les jambes restent droites. Une certaine flexibilité des tibias persiste.

En juillet 1895, la flexibilité ayant encore diminué, nous pouvons nous contenter d'un appareil de soutien à attelles latérales, plus léger et ne prenant plus le thorax.

La marche est assez facile sans canne.

Depuis cette époque, nous avons eu des nouvelles de la malade dont l'état ne s'était guère modifié; le port de l'appareil est toujours nécessaire et la marche seulement « assez » facile ne permettant à la pauvre infirme aucune course un peu longue.

La castration n'a eu pour effet que d'amener presque chaque mois des crises nerveuses fort pénibles.

Evidemment aujourd'hui nous n'enlèverions plus aussi facilement à une jeune fille les deux ovaires !

L'examen des fragments osseux réséqués a donné des résultats divers selon que l'on examinait le fémur ou le tibia.

Voici le résultat de l'examen très complet des fragments osseux réséqués, dû à l'amabilité de M. le prof. Langhans, de Berne, à qui nous sommes heureux d'exprimer ici tous nos remerciements :

Le plus grand des morceaux provenant du fémur gauche, long de 3 cm. et comprenant environ la moitié externe du diamètre osseux, est limité à la surface par une mince couche de tissu spongieux à surface irrégulière, comme si elle avait été ruginée au cours de l'opération *(vielfach verletzt)* et qui se laisse couper au couteau. A sa partie interne, concave, s'appuie une couche de tissu spongieux d'un réticule très fin, épaisse de 1 ½ cm. ; cette couche se coupe aussi très facilement.

Le second fragment provenant du tibia droit offre des particularités plus intéressantes (fig. 3, p. 144) :

vers les sutures perdues les bactéries toujours existantes à la surface et dans les glandes de la peau.

Pour nous, l'emploi de la soie est un critérium. Un chirurgien a-t-il d'*excellents* résultats avec la soie comme matériel de sutures et de ligatures, son service d'asepsie et d'antisepsie est excellent, sinon, non, et il doit reviser ce service défectueux.

a représente une couche de subst
surface présente des traces de « bles
tion;

b est formé de tissu spongieux no
dont les lames osseuses dures ne se lai
une aiguille et ne plient pas quand o
leur surface.

Le tissu compacte est en plusieurs en
de périoste auquel adhèrent par places
peux et musculaire.

Le périoste est pauvre en noyaux ss
cellules géantes, ce qui exclut pour ce
signes de néoformation ou de résorbti
périoste.

Fig. 8.

Le tissu compact de l'os a une struct
vasculaires ont une largeur qui paraît n
entièrement remplis par les vaisseaux s
sans lacunes. L'architecture lamellaire
puscules osseux sont normaux dans
grandeur et leur disposition. A la surfa
système des lamelles périmédullaires
lamelles du tissu spongieux viennent ce
malement; de ci de là cependant quelq
tes dont une partie seule se retrouv
Howship.

Dans la partie normale du tissu spo
seuses ont une constitution lamellaire t
plastes normalement constitués et ord
ni cellules géantes. La plus grande part
est formée de cellules graisseuses; cep
là des centres de cellules rondes avec
leucocytes mononucléaires, tantôt pet
très irrégulière.

Ces parties riches en cellules sont rép
cule entre les cellules graisseuses et co
bre de cellules géantes ainsi que de l
sans endothélium bien manifeste, telles
la moelle de fœtus ou de jeunes enfants.

nouvelle formation : les travées
t d'un demi-millimètre (contre
ent des cellules fermées de façon
espace complètement fermé (en
fermées).
nettement leur structure lamel-
forme et de grosseur assez nor-
ion dans le tissu osseux est irré-
de l'os sont seulement à moitié

e la néoformation osseuse, c'est
couvertes d'ostéoblastes dans la
rface. Entre ceux-ci on trouve
ondies de substance osseuse pri-
cleus environ, qu'on peut suivre
s de la table du microscope).
ellules géantes, rarement assem-
uatre ; peu d'entre elles se mon-
tes de Howship.
cellules, on voit une belle et
ents ciliaires s'avançant du côté
lécrits par Kölliker.
es et colorées au carmin, on voit
veloppées d'une courbe rouge de
tantôt le quart, tantôt la moitié
vée.
cifiées et non calcifiées est par-
demi-lunes à convexité externe
lle celle des lacunes aplaties de

alcifiées colorées à l'éosine, on
ns points une marge rouge qui,
he en violet.
ose dans cette partie du tissu
Les fibres sont en grande partie
es, leur tissu est peu dense, les
es ou étoilées, avec des noyaux
quelques cellules rondes. Dans le
e gros vaisseaux sanguins. Çà et
entaires brun clair sans noyaux

que nous avons examinés ont en
structure. Là où le tissu compact
rmale et lamellaire. Un fragment
ns tous ses diamètres est formé
normal et de néoformation. Les
esque entièrement constitués par
nation. La limite entre les deux
ar une ligne presque droite. Les
nes du tissu spongieux nouveau

cien, mais la

.

ı toute appa-
ur, présente
: continue du
pongieux qui
est rugueuse.
e. Cependant
ème là où la
couche d'os.
tre *c*. Cepen-
act, y est plus
ouve des cel-
grande quan-

uche en des-
très bien soi-
ers venus, sa

. 4) qui mon-
os; sauf pour
pas du tout

FIGURE 1

Soldat M. Radiographie faite 2 jours après l'accident. Fissure du métatarsien II à peine perceptible.

FIGURE 2.

Même soldat M. Radiographie faite un mois plus tard.
Traité sans immobilisation le cal est devenu très volumineux.

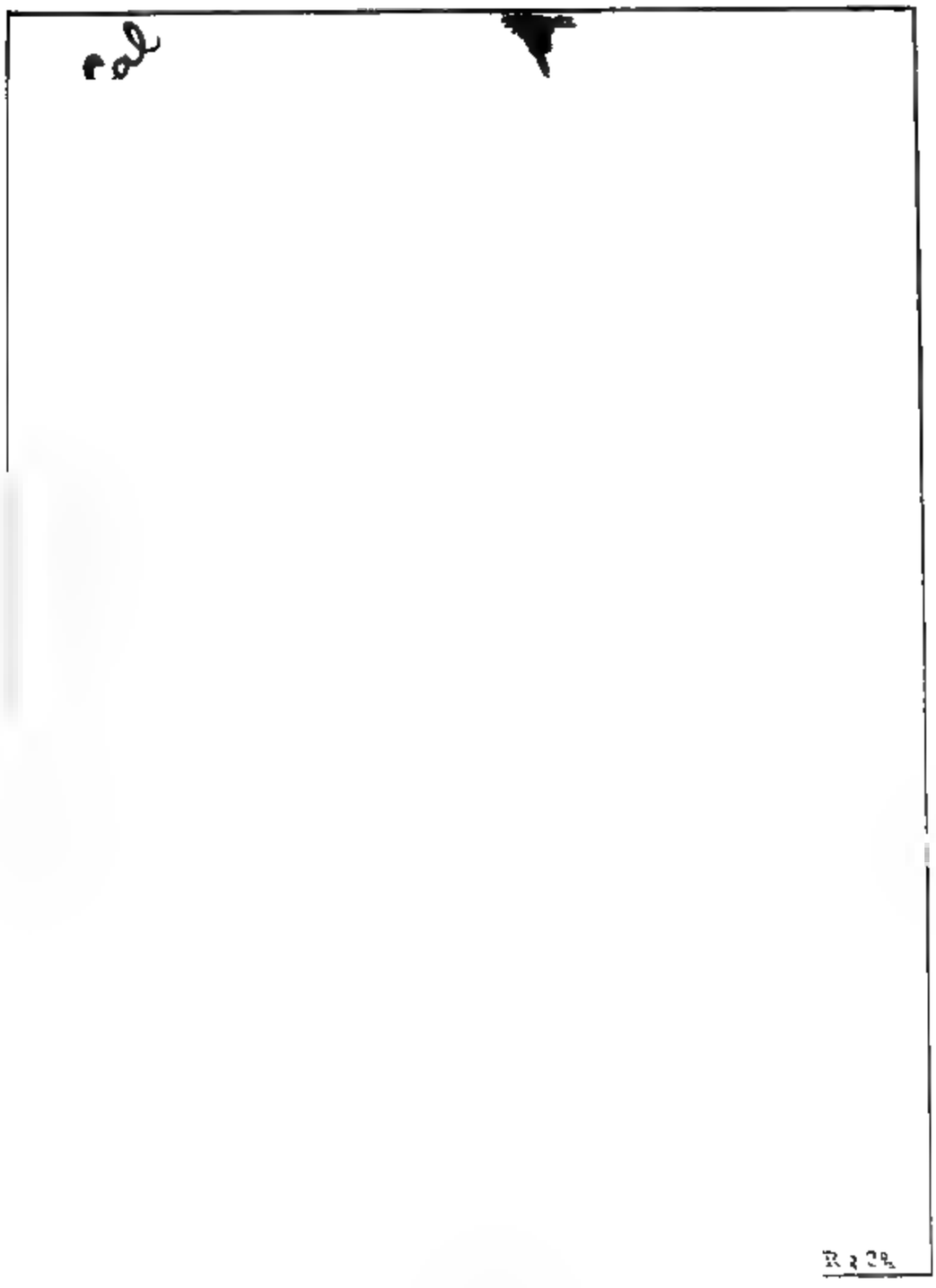


Figure 3.
Soldat D. Radiographie faite 19 mois après l'accident.
Fracture guérie du métatarsien III.

l'architecture osseuse. L'architecture trabéculaire est entièrement supprimée ou du moins est devenue si faible qu'elle est transparente pour les rayons X.

L'opération confirma ce que la radiographie avait montré, c'est-à-dire une mollesse extrême des os qui rendit l'opération fort délicate. Le tibia, l'astragale et la malléole externe étaient ramollis à un point extrême; le tissu compact n'existait pour ainsi dire pas et le tissu spongieux était gras et mou; la rugine entrait dans l'os comme dans du beurre, si bien que l'on dut renoncer à son emploi.

Le résultat définitif, après nombre de mois, est bon et l'opération semble avoir eu une influence favorable sur le ramollissement osseux.

Ces deux cas sont évidemment des extrêmes, l'un est très caractéristique et l'autre notablement moins, presque douteux.

Il est excessivement difficile, pour le moment, de tirer des conclusions fermes de ce que nous savons sur cette variété d'ostéomalacie.

La physiologie et l'interprétation des cas nous laissent sur l'origine de l'affection dans un vague absolu et nos cas ne contribueront guère à éclairer la situation, si ce n'est comme faits nouveaux. Est-ce une affection toute locale, d'origine nerveuse, périphérique, médullaire ou cérébrale? Dans l'état actuel de la question, la réponse est impossible.

Pour notre malade de l'observation I, vu la lésion primaire de la tête, on pourrait songer à l'origine cérébrale; par contre, ce que nous savons des centres qui président à la nutrition et au fonctionnement animal des extrémités contredit d'une façon absolue cette manière de voir.

Tout ce que l'on peut faire pour le moment, c'est de publier les observations, toutes les observations de ces cas dans l'espoir qu'un jour, en les réunissant, on arrivera à en tirer des conclusions utiles à la science et aux malades.

SOCIÉTÉS

COMMISSION MÉDICALE SUISSE

IVme séance du 19 octobre 1903, à Olten.

Membres présents : MM. les Drs *de Cérenville* prof., *Feurer*, *Ost*, *Gautier*, *von der Mühll*, *Jaquet* prof. M. le Dr *Schmid*, directeur du Bureau sanitaire fédéral, assiste également à la séance. Font excuser leur absence MM. les Drs *Trechsel* et *Huber*.

M. de Cérenville ouvre la séance et commu
M. le Dr *Haffter*, président, et de M. le Dr *Lotz*,
sion. Il exprime les vifs regrets que la retraite de
nents fera naître dans le sein de la Commission
nom de cette dernière pour leur activité et de leur
même temps les deux membres de la Commis
MM. les DDrs *von der Mühll* et *Jaquet* prof.

1. *Elections*. Sont nommés : Président de l
suisse, M. le Prof. de Cérenville,; vice-préside
secrétaire, M. le Prof. Jaquet.

2. M. de Cérenville donne lecture d'une lettr
dans laquelle celle-ci remercie la Commission des
a adressées à l'occasion de la mort de son mari,
Commission a remercié la *Société vaudoise de méd*
diale hospitalité qu'elle a offerte aux médecins su
du printemps à Lausanne.

3. Les membres de la Commission ont eu c
circulation, de la consultation juridique de M. le
sur l'*assurance militaire*. Ils sont unanimes à rec
de l'ordonnance d'exécution ne pourra améliorer la
ce qui concerne la question du traitement des
domicile. Il a été proposé de renvoyer les démarc
jusqu'au moment où un certain nombre de faits
exactement la portée de cette question.

Un membre de la Commission fait remarquer q
ments pris à bonne source que la revision désirée
longtemps. Dans ces conditions, il paraît oppor
au Conseil fédéral avant que la revision soit
façon, on pourra peut-être obtenir la suppression
de l'ordonnance qui ont froissé les médecins. La
tenue au courant de ce qui se fera et interviendra

Un membre de la Commission fait encore rema
nière séance, dans laquelle cet objet a été discut
ment hospitalier obligatoire n'a donné lieu à au
semble au contraire que l'ordonnance soit appli
conciliation.

Dans ces conditions, la Commission médical
opportun de recourir actuellement au Conseil fé
pour le faire, d'attendre le moment où ces dém
quelque chance d'être prises en considération.

4. M. Schmid présente son rapport sur *l'avan*
récemment publié (voir *Bulletin démographique*
p. 604). Dans la séance de la Commission du 30

[1] Ce mémoire est déposé chez le secrétaire de l
on peut en prendre connaissance.

ıbre de sous-commissions locales, dont
ıtents en ces matières, et qui auraient
rojet qui interessent plus particulière-
de cette étude préparatoire devaient
ıs le sein de la Commission médicale
Dans son premier rapport, M. Schmid
re groupes : I. Articles qui intéressent
; II. Dispositions d'ordre médico-légal;
é et la sûreté publiques : IV. Crimes et
aujourd'hui de réunir en un seul les
direct pour les médecins, et d'en con-
ns qui seraient constituées à Bâle, à
II et IV, qui sont plutôt d'ordre mé-
autres sous-commissions qui seraient
à Zurich.
t cette proposition, mais ils voudraient
des groupes qu'elles auront à étudier
discuter, si bon leur semble, tel ou tel

ı contraire limiter encore davantage la
de leur permettre de se livrer à une
ns qui leur seront soumises.
, amendée par M. Feurer, est adoptée.
ısmise à la *Società medica della Svizzera*
ıission chargés de présider à la consti-
nt s'aboucher pour cela avec les comités
ives, et les sociétés des cantons voisins
études. Les sous-commissions locales
ıaire, faire discuter dans le sein des
chapitres qu'elles auront à étudier;
ont pas être publiées.
apport sur l'état de la *caisse de secours*.
à 18 veuves et familles de médecins
égal à ceux payés en 1903. Le secours
menté pour lui permettre de compléter
ıde présentée par une veuve qui n'avait
ement accordée. Enfin la Commission
la Commission d'administration de la
ux médecins. Le chiffre total des secours
ıirement à fr. 8640. Les recettes de la
ıt ce résultat est dû en grande partie à
s; un grand nombre de noms nouveaux
ıt dans les recettes figurent des dons et

ÉRENVILLE communique une résolution

Société médicale de la Suisse rom
le l'attitude que devront prendr
loi sur les assurances, devra être
s, qui sera aussi chargée de pre
es médecins soient tenus au cou
résolution dans la *Rev. méd. de*
Feurer donne connaissance d'
des délégués du *Centralverein.*
Jaquet insiste sur la nécessit
ord d'une manière exacte les con
dans les différents cantons, surto
irs et l'assistance médicale des
enquête qui serait faite par les s
ête aurait le grand avantage d
solide pour appuyer leurs reven
es. M. Jaquet présente un proj
ête.
Feurer propose de désigner u
t confiée l'étude de cette questio
ssaires, mais cette commission d
cale et ne pourrait pas agir d'ell
Ost estime que la Commissio
question en s'adjoignant un cert
es matières.
Schmid fait remarquer que rien
se préparer en toute tranquillité
l'élaboration d'une nouvelle loi
inés, et il s'écoulera encore bien
aient à s'occuper effectivement
proposition de M. Feurer, m
e que l'enquête proposée par M. J
adjoindre provisoirement, pour l
die, MM les Drs *Ganguillet, Hä*
voix consultative. S'il le faut,
délégués d'autres régions de la Su

SOCIÉTÉ VAUDOIS

Séance du 5 d

Présidence de M.

membres présents.
Martin, orthopédiste donne
bre de la Société et M *Reinbold*
président annonce que ce soir

bre le cinquantième anniversaire de son entrée dans l
icale. Un délégué est chargé de transmettre à M. Carrard
es de la Société et ses vœux les plus chaleureux.
e comité est invité à demander à M. *H. Dufour* de faire un
ecins sur l'electricité moderne, et à M *Galli-Vallerio*, d'ex
prochaine séance les connaissances actuelles sur l'immunit
. Spengler fait circuler un exemplaire du *casier sanitair*
ts en usage actuellement à Paris. La ville de Lausanne p
bientôt procéder à une enquête analogue sur les logemen
que maison d'un casier sanitaire.
. Jaunin relate un cas intéressant d'*avortement suspendu*
ue, 1903, p. 828).
. Gyr lit un travail intitulé : *Remarques sur un point de*
Taillens. Considérations sur la sérothérapie antidiphtérique
re l'emploi de petites doses de sérum dans tous les cas de
ombat les vues théoriques de M. Taillens en lui opposant
'action chimique et termine en énumérant les raison d'ord
l'engagent à injecter une dose variable, suivant les cas et à
indications à l'emploi des fortes doses (voir cette *Revue*, 19
. Taillens fait tout d'abord remarquer qu'au Congrès de
ses, en juin 1903, il ne lui était accordé, pour sa comm
m temps limité ; force lui fut donc de resserrer son sujet
ne d'être incomplet.
est évident qu'on ne peut séparer la question du mode
m de celle de la dose à injecter ; ces deux points depend
t l'un de l'autre. A cet égard, il faut se rendre compt
nent où l'on intervient thérapeutiquement, à part de
eptions, l'organisme humain ne renferme jamais la dose
on diphtérique. Ceci posé, on devra donc, pour obtenir l
menter la résistance et la réaction cellulaires, ce qu'on o
ection sérique, favoriser la désintoxication de l'organis
les boissons abondantes et les bains chauds, et dimin
luction et surtout la résorption des toxines fabriquées pe
ours de la maladie. C'est à ce dernier but que tendent les l
ments locaux antiseptiques, qui atténuent la virulence d
es grandes irrigations de la gorge ; celles-ci doivent être
· et nuit, jusqu'à la chûte des fausses membranes, toutes
res dans les cas graves, toutes les heures dans les cas
ins. On s'oppose ainsi d'une façon presque absolue à la
toxines. Une fois la gorge nettoyee, ces irrigations sont
s d'une façon moins suivie. Cette thérapeutique, qui a
omparable de n'être en rien nuisible, permet aux petite
m de donner des résultats surprenants. Il va bien sans di
t juger des résultats qu'elle donne que si l'on en observe
plication.

'ait apparaître dans le corps des éléments d'une acti-
: pouvoir antitoxique de ces éléments est en effet
il suffit pour protéger une souris contre une dose
étanique de lui injecter une quantité de sérum antité-
lliardième de son poids, et puisqu'une dose de 1 c. c.
érique protège 50,000 grammes de matière vivante
telle de poison diphtérique. Tel est du moins le taux
par l'Institut Pasteur. Ce simple aperçu montre bien
st convenu d'appeler les petites doses de sérum cons-
quantité éminemment active.

pas faite sur le point de savoir comment agissent les
s. Pour quelques auteurs, l'antitoxine neutraliserait
d'un alcali agissant sur un acide; ce serait donc à
ie qu'on aurait affaire. En réalité, les choses ne se
elte simplicité, et l'antitoxine paraît agir beaucoup
ne lui-même.

e action cellulaire du sérum et contre l'action directe,
:iter quelques faits et expériences :

ent impossible de saisir le moment exact de la neu-
ıner a montré qu'un mélange donné de toxine et
ues, inactif pour la souris, agit encore sur le cobaye.
oux prennent un mélange de neuf cents parties de
d'une partie de sérum antitoxique, et en injectent
cube à 5 cobayes, qui résistent. Ils font exactement
cinq autres cobayes, inoculés quelque temps aupa-
rion de Massaoush et en apparence guéris; les cinq
n tétanos, d'où l'on doit conclure que l'antitoxine n'a
.ine, mais que les deux corps ont subsisté côte à côte.

teurs injectent à des cobayes 1 c. c. de sérum antité-
titue une dose mille fois suffisante pour les immuniser,
la dose mortelle de toxine. Les animaux restent bien
quelques-uns d'entre eux, on injecte quelque temps
nicrobiens différents, ceux du colibacille par exem-
rs que ces animaux présentent les accidents spécifiques
a toxine tétanique n'a pas été détruite, malgré la forte
uisqu'elle a conféré la maladie, plusieurs jours après
animaux dont on a modifié la résistance.

de sérum antidiphtérique, plus que suffisante pour
ye contre une dose mortelle de poison diphtérique,
ort si le cobaye a subi une infection antérieure, en
t cependant, s'il y avait neutralisation chimique, la
xine devrait toujours suffire à protéger l'animal, quel

n ont montré qu'un mélange donné de toxine et d'an-
es, inoffensif pour le cobaye, produit encore chez le

qué lorsqu'il est injecté par voie sous-
r la mort lorsqu'il est donné par voie
n sait par expérience que le lapin est
toxine diphtérique ; il faut nécessaire-
ne, tout comme la toxine, s'adresse à
lapin, moins sensible que le cobaye à la
oins à l'antitoxine.
, il y aurait un point de neutralisation,
xine plus une dose de sérum, 1 *t* + 1 *s*
mélange absolument inoffensif. Il en
quantités respectives des deux corps,
ortions, on continuerait à obtenir des
- 2 *s*, 10 *t* + 10 *s*, 100 *t* + 100 *s*... etc,
. En réalité, il n'en est pas ainsi, car il
est si puissante qu'elle agit seule et
quantité d'antitoxine injectée.
c. c. de toxine diphtérique et $^1/_2$ c. c.
tant, son urine recueillie est injectée à
symptômes et les lésions classiques de
ontre si, en même temps que l'urine, on
tidiphtérique. Par conséquent, la toxine
anisme ; elle a passé dans l'urine, ayant
.

rum antitétanique est énorme comparé à
vent nulle. Si l'action était une action
fois la maladie déclarée, le sérum serait-
rayer les progrès du mal ? Cela se com-
n admet l'action cellulaire.
e préventive du sérum antidiphtérique
le l'action directe. Le sérum antidiphté-
ide, puisque Nicolas a pu cultiver le
elui-ci ne devrait donc pas s'opposer à
gorge.
ralise pas la toxine et n'agit pas dans
ns une éprouvette. Si on admet l'action
ints restent obscurs, difficiles ou impos-
cit au contraire si l'on admet que le
tance des éléments anatomiques.
étrer plus profondément dans la solution
niques les plus variés sont aisés à com-
ntitoxique comme une action s'exerçant
non sur le principe bactérien. Suivant
ine, les cellules réagissent bien ou mal,
ui explique les inégalités observées en
ns. Il n'en serait pas ainsi si l'action
d à la réalité.

, les expériences de
es antitoxines agissen
r exemple; celles de
l'antagonisme physio
agissent en sens inves
sse du courant sangui
héorie qu'on adopte,
nt sur l'organisme viv
s causes expliquent qu
n laboratoire qu'en cli
tificiellement malade
ent son équilibre vital
monomicrobienne, e
rès peu après l'infec
graves; tout ceci expl
alors rapide, vive et
parition de la maladi
une diminution lent
la prédisposition mor
e, lente, incomplète,
avent, pour ne pas di
érothérapique n'arriv
état, alors que souven
à supposer que le sé
a pas nécessairement,
puissante à combattr
e ne peut rien non plu
tion des saprophytes,
omitante. Voilà pourq
n exclusive des proc
rocédés qu'elle ne do
ne de plus; il ne doit
énomènes pathologiqu
rop complexes pour é
SIN met en garde le co
ceptation de la théor
sérum antidiphtérique
recommandation sur
ontagne de soigner pl
toujours très bien tr
itut Pasteur, soit 10
as graves, surtout lor
rendu tout traitemen
n'a eu à constater
eulement un cas de

très légers et disparus sans interven-
e les trois décès (un adulte et deux
déplorer chez ses malades atteints de
n sont survenus par suite d'injections
position à l'emploi simultané de plu-
de ces malades.
mploi des doses classiques préconisées
t le sérum et qui l'ont expérimenté
très grand nombre de malades, pour
fondées sur l'observation d'une soixan-
r ne pas dire dangereux.
la question de la nature chimique ou
aux tous récents de MM. Arrhenius et
les antitoxines et des toxines, qui dé-
aux lois générales des réactions chi-

ribu de végétariens qui ont établi un
na, près Locarno, au lac Majeur. Outre
tale, avec réduction au minimum des
ngue par l'abstention absolue de toute
r l'abstention absolue aussi du sel de
ommunauté, un homme de 50 ans et
nsommé un grain de sel depuis deux ou
at de santé. Cette observation est inté-
s données de la physiologie classique
lium dans le régime alimentaire.
s les recherches de Bunge, la suppres-
de l'alimentation ne peut se faire qu'à
en même temps les aliments riches en
que dans les menus de l'établissement
pommes de terre et autres aliments

Le Secrétaire : A. Roud.

---

6 *janvier* 1904

M. Dind, Président

rapport suivant sur l'année écoulée :

nfrères,

viens, au nom du Comité qui a dirigé
ciation médicale, vous rappeler brièvement
passés dans le sein de celle-ci, événe-

tre fixés d'une manière spéciale dans la course rapide du

notons l'activité de notre Société : Les séances sont fré-
nombre croissant de médecins ; cela frappe, cela va de
les plus anciens, qui, de mémoire, peuvent revivre les
quinze et vingt ans. Notre association est populaire dans
médical vaudois et bien rares sont ceux qui, sans y être
distance, la maladie ou une tâche professionnelle trop
cent de passer au milieu de nous quelques heures le
le chaque mois.
rais même plus loin dans l'expression de ma pensée et
de dire que dans la règle, car il y a de remarquables
à la fréquentation de notre Société que se mesure le
é, et, peut-être, la valeur scientifique du médecin. Est-ce
les communications que nous entendons offrent la rigueur
able, absolue ? Ce serait sottise pure de l'affirmer. Ce que
is hautement prétendre, c'est que le niveau moyen des
qui nous sont faites n'est pas inférieur — il est pour
arle supérieur — à celles qui étaient jadis apportées dans

fois dire, avec une pointe de malice, que nos communi-
as toujours revêtues d'un absolu désintéressement scien-
mêlerait par ci par là quelque préoccupation plus profes-
entifique, qu'il y a à la base de certaines communica-
ersonnelles, etc. Je n'y crois guère, et vous êtes sans
is, quitte à constater que, suivant les individualités en
dialogue scientifique, qui doit toujours, pour donner son
mum, être confraternel et par conséquent courtois, peut
rudesse et manquer de la courtoisie dont s'honore à bon
lession. Ceci dit, non pour jeter la pierre à qui que ce
t-être moi-même pas sans fraude, mais simplement pour
médical vaudois de la bonne harmonie qui unit ses diffé-

ous dire encore que la prospérité scientifique de notre
n témoignage indirect rendu à la Faculté de médecine de
les maîtres, passés et présents, MM. Roux, de Cérenville,
Rossier, Muret, Dufour, Demiéville, Rabow et Mahaim,
e les cliniciens, ont su donner aux médecins de notre
qui n'est point inférieure à celle que nos confrères d'au-
partie d'aujourd'hui — allaient puiser dans les universités
mande, de France ou d'Allemagne.
la preuve de l'activité scientifique de notre Société, je
les communications de MM. Muret (bassin fendu), Vulliet
nal déférent), faites l'une et l'autre à la Société médicale
ande, celles de M. Wanner (amputation du cordon), de

Keser (adipose douloureuse). La série
's de nos séances — provoquée par
(appendicite et opium) au cours de
s avons entendu des confrères com-
emiéville, parler du traitement de
votre mémoire. Il est sans doute peu
qui s'est substituée à la péritonite
ns notre canton, et où, hâtons-nous de
bien conduit. Il ne serait pas sans
berches statistiques comparatives.
ussi complexe dénommé « autointoxi-
ussi, a mis aux prises, parfois vive-
oquent défenseur du rôle du système
, en général et en particulier dans les
la compétence, en ce domaine, comme
argement les frontières de notre pays,
oubles gastriques et intestinaux sont

ner, le plaidoyer de M. Bonjour en
par la suggestion, et nous en aurons
ations qui ont occupé notre activité

rs cliniques de l'Hôpital, toujours très
de la Société de la Suisse romande
le reproche de multiplier les objets à
s très court dont l'assemblée dispose
cuter plus à fond une ou deux ques-

mettre dans ce coup d'œil rétrospectif
qui a laissé — si nous en croyons les
, dans l'esprit et dans le cœur de nos
ccès est dû à votre dévouement, Mes-
ins-praticiens ou médecins d'hôpitaux,
Montbenon, à l'Hôpital cantonal ou
normale, ont donné à notre réunion
Vous serez tous d'accord avec moi
bienveillance avec laquelle ils se sont

onfrères de Montreux, toujours géné-
présenter le canton de Vaud à nos
ux qui, magistrats, hôteliers, chanteurs
à rendre agréables les journées de
ont surtout, permettez-moi de le dire,
e excellent et habile caissier, M. le Dr

Scholder, dont le labeur fut considérable et
harmonieux, malgré les grandes dépenses q

Après cette énumération plutôt agréabl
avons été les témoins, il est de mon devoir
Société sur la situation, difficile déjà, des
situation que pourront soit améliorer, soit e
surance contre la maladie et les accidents. Il
individuelle — qui tient tant à cœur à notr
titre — nous substituions une action colle
entendre utilement sa voix ; nous y somm
Comité romand et par une circulaire éma
lucernoise. Pour faire l'étude de nos mo
canevas des propositions qui nous paraitrai
nous semble-t-il, de charger un de nos co
temps utile un rapport à ce sujet ; sinon, i
irons à la bataille avec des armes insuffisan
tion absolue, grand intérêt social et scientifi
profession que nous exerçons et à protéger
cales contre les exigences, abusives parfois,
à établir leur prospérité ou celle de leurs me

Je voudrais pouvoir terminer ici mon br
reusement nous devons, à côté d'une démiss
mentionner le départ définitif de deux de no
dey et *Rapin*, l'un et l'autre membres dévo
s'en sont allés, l'un miné par une maladie q
commencement de sa carrière pratique ; dès
ter nos séances où de nombreux amis étaie
que jour il montait à l'Hôpital suivre la cl
tions pratiquées par l'un de ses amis inti
comme maître et accoucheur a été publié p
Bulletin, mais nous ne saurions taire sa v
ancien président de notre association. L'u
profession dans des champs d'activité differ
des souvenirs que nous aurons soin de cons

Il nous tient à cœur de constater sous to
notre patrimoine commun : la Société vaud
grande famille dans laquelle nous venons r
âmes, famille toute d'honneur et de culte
souhaitons, en terminant cet insuffisant ap
de l'an qui commence et de ceux qui lui suc

Les rapports du caissier et du bibliothé
cussion.

Le Comité romand demande à la Sociét
permanente chargée de s'occuper de la ques

ops s'occuper des intérêts professionnels
iétés mutuelles et d'assurances, et four-
pour l'étude d'une question qui intéresse
rps médical.
nité qui sera nommé ce soir à étudier
une commission, soit un seul médecin,
es.
e que M. le prof. *H. Dufour* a bien
membres de la Société, commencera le
soir, dans l'auditoire de physique de

it du Comité pour l'année 1904. Sont
CHOLDER, *vice-président ;* VUILLIEUMIER,
ROUD, *bibliothécaire*.
atteinte d'une *gueule de loup* et porteuse
ud en vue d'obturer la fente palatine.
x par la fillette, avec et sans prothèse,
résultat que l'on peut obtenir par la
alatine.
ique sur la radiothérapie et la photothé-

d'action des rayons X, et déduit leurs
loi dans les cas d'eczémas, de pelade,
tes parasitaires. Il le recommande dans
eux et érythémateux et l'ulcus rodens,
n de la méthode, dont les effets sont très
très variables. Il ne se prononce pas
ns le traitement du cancer, les guérisons
ations surtout beaucoup trop sommaires.
apie, M. Lassueur, après avoir décrit la
ses inconvénients, démontre qu'elle est
t du lupus, mais que l'on aurait tort de
tous les cas de lupus étaient convena
à début (exérèse ou méthode de Lang),
formes graves par leur étendue, seules
de la photothérapie.
t son emploi en thérapeutique terminent

servations d'affections cutanées sur les-
raissent avoir eu un effet curatif rapide.
rématuré de porter un jugement définitif
it pour ce qui concerne diverses mala-
e, le psoriasis et certains eczémas.
es rayons X sur beaucoup de tumeurs
rcinomes, elle est démontrée. Il y a là

une action absolument remarquable, inédite dan
cine, et dont une explication complète ne nous

M. Dind, sans expérience *personnelle* sur les
l'emploi de la radiothérapie, ne veut pas éme
résultats que *paraît* donner et donnera peut-étr
de traitement; seule la méthode Finsen a don
contrôlés après un temps suffisamment long, dan
Le traitement Finsen-Rheyn donnerait, à l'l
résultats.

Les essais faits avec les rayons X, à l'Hôpita
sohn) n'ont pas donné de bons résultats. Par
traitement convient aux épithéliomas superficiel
par l'acide arsénieux. Il est difficile de faire fon
que dans son évolution, pour apprécier la val
affection ne saurait constituer une pierre de
(favus), les rayons X sont avantageux. Il est peu
sur l'eczéma puisse être utile; à ce point de vu
quelques réserves sur la communication faite
séance antérieure de la Société vaudoise de
même des tuberculides (?) dont il est question d

Comme conclusion, M. Dind estimant que l'o
tuberculides, la pelade et même les épithélioma
coûteux résultats avec nos moyens actuels, reco
méthode nouvelle que lorsque des résultats as
ment contrôlés permettront de le faire sans qu
en pâtir.

M. Lerresche rappelle que l'Institut électro-n
possède un échantillon de radium qu'il tient à la

Le Sec

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GI

Séance du 14 janvier 1904 à l'Hôpi

Présidence de M. le Dr Goetz, P

37 membres présents. 14 étrangers.

M. Ch. Julliard, chef de clinique, présente t
communes, avec radiographies : 1° Une *dislocatio*
du radius; 2° une *fracture isolée, non compliqu*
(compression), du scaphoïde du pied; 3° une *frac*
avec projection à distance du fragment libre. (Pa

M. Gampert a vu dernièrement chez une dar
talon, l'arrachement de l'apophyse antérieure d
la radiographie qui a permis le diagnostic.

malade atteinte d'une affection chronique
« *maladie de Paget* ».
e 34 ans, Normande, né à Fécamp, qui a
santé. Elle a eu cinq enfants qu'elle a tous
arrice pendant 18 mois chez un médecin
ndant qu'elle allaitait, de fissures ou d'ex-
melon. Pas d'affection vénérienne. Pas
ses et ses couches se sont passées norma-

au commencement de décembre 1903 par
on, sur le sommet du mamelon gauche,
ivrit en laissant à sa place une croutelle
près survinrent d'autres éléments semble-
tourer la base du mamelon et à envahir
er. Ces boutons se recouvrirent de croûtes
annonce par des démangeaisons très vives,
le à se gratter le mamelon et l'aréole.
faisaient place à une sensation de brûlure
peu la malade vit son mamelon se rétrac-
ême temps que ses seins s'aplatissaient et
des lésions analogues se montrèrent à la

mbre, la malade essaya de se traiter et de
ons boriquées et des onctions de beurre de
e vient consulter à la Policlinique, où
er 1904. Il constate tout d'abord que les
che, sont fortement rétractés. A leur base,
hérentes, visqueuses, entourant en demi-
at sur l'aréole gauche. Ces lésions sont
sein gauche que sur le droit. Les croûtes
Elles laissent à leur place une ulcération
une plaque de niveau égal, assez rouge,
nets et polycycliques. Cette plaque ulcé-
oit sur la surface d'un gland atteint de
use au toucher et un peu indurée. Léger
aire.
se fondant surtout sur la rétraction pré-
nce de ganglions axillaires, sur la persis-
que, si généralement dans la maladie de
es, il n'en est pas moins vrai qu'il y a
ons au début sur le mamelon opposé (*Thèse*
t aussi qu'on ne peut attribuer aucun rôle
aux coccidies, parce que celles-ci n'ont
ancers glandulaires qui succèdent parfois
de la maladie de Paget (voir : Delbet.

tome V du *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, é
M. Veyrassat considère qu'il s'agit ici de lésions analog
Paget et Wickham ont décrites et qu'en conséquence il fa
un traitement énergique, celui que Darier préconise e
savoir : lotions avec solution de chlorure de zinc au tiers,
cations d'emplâtre de Vigo et de pommade à l'iodoforme

M. Oltramare, très étonné de ce diagnostic, estime
tions que l'on constate chez la malade de M. Veyrassat ne
rien aux surfaces eczématiformes de la première période
Paget qui, du reste, ne prend pas les deux seins à la fois
peut s'expliquer par l'infection de simples fissures du m
pose de faire des pansements humides et espère revoir
suivre l'évolution de l'infection.

M. Du Bois insiste sur l'importance de la recherche d
dies qui, si elles ne sont pas l'agent étiologique de la m
se trouvent néanmoins toujours dans les productions c
teuses de cette affection ; de plus, la malade de M. Veyra
ment jeune et son affection paraît avoir une marche beau
pour pouvoir être envisagée comme une maladie de Paget

M. René Kœnig présente quatre femmes auxquelles il a
le service de M. le prof. Jentzer, la *laparotomie d'apr*
Pfannenstiel.

Ce procédé consiste à inciser la peau et l'aponévrose tr
tandis que le péritoine est ouvert longitudinalement c
laparotomie ordinaire. C'est O. Rapin, de Lausanne, qui
l'idée de l'incision transversale de la peau dite par lui
Rapin se bornait à inciser la peau dans ce sens, l'inci
blanche et du péritoine étant dirigée comme d'habitude.
Rapin a le désavantage de necessiter le décollement d'un
cutané, d'où hémorragie, et si l'hémostase n'est pas très
tome avec ses conséquences, infection, etc. En outre, l'
Rapin ne donne qu'un jour très restreint. M. Kœnig s'e
quemment servi de ce procédé dans le service du prof. M
Il lui préfère de beaucoup l'incision de Pfannenstiel, qu
Rapin l'avantage de donner beaucoup plus d'espace, tout
technique plus facile et plus sûre. Les avantages com
méthodes sont : 1° La direction de l'incision cutanée étant
de la peau, la cicatrice devient presque invisible. 2° L'inci
et de l'aponévrose et celle du péritoine se croisant, les ch
postopératoire sont réduites au seul point de croisement,
minimum. 3° Les intestins restent couverts pendant toute

Les quatre opérées présentées étaient atteintes de ré
l'utérus, compliquée de périmétrite, de kystes de l'ovai
ou d'appendicite. Les suites opératoires ont été des plus
abdominale a guéri par première intention comme dans
cas opérés par M. Kœnig d'après la même méthode.

:, en concluant, que l'incision de Pfannenstiel pour l'ouverture de l'abdomen dans toutes les ues d'importance moyenne.

ette méthode, mais il préfère celle de Rapin qui us esthétiques.

la méthode Rapin, les grands décollements de hématomes qui s'infectent avec la plus grande

ue les deux méthodes ont des buts différents, geant que le résultat esthétique, l'autre étant npêcher les récidives.

te un malade atteint de *lichen corné* de la jambe

lonnier, sans autres antécédents morbides qu'une nt ces dernières années, il a eu des chagrins et is sa santé est restée bonne. Depuis cinq ou six geaisons à la jambe droite, apparaissant surtout se déshabille, et qui l'ont incité à se gratter. ttages que se sont produites les lésions actuelles. partie moyenne et antéro-externe de la jambe, liser à tout le voisinage.

ate sur la région antéro-externe de la jambe e, un placard ovalaire, à grand axe vertical, à une crayeux, de 5 cm. sur 3 1/2. La surface en onstituée par des amas hyperkératosiques, tandis nt formés par des points d'hyperkératose folliculisséminés sur la lésion sont courts, quelques-llés. La peau est épaissie, lichénifiée. Au-des-al, on constate une demi-douzaine d'éléments des points d'hyperkératose pilaire entourés d'une étendant vers la malléole externe, suivant les pparition est relativement récente, et ils représébut de la maladie qui semble s'établir chronoiuivante : prurit, grattage, hyperkératose pilaire constituant ensuite en plaques hypertrophiques. jambe, où l'on trouve encore quelques excoriangle, le malade ne présente aucun élément de queuses sont intactes et n'ont jamais été atteintes. ce cas avec un autre semblable qu'il a vu à la dont il présente de fort beaux moulages en cire; désigner ces deux cas sous le nom de *névroderte avec kératose folliculaire hypertrophique*, en a lichen de Wilson. Il s'agit cependant de la ous le nom du lichen planus ruber corné, par lichen chronique circonscrit hypertrophique, et

ıtres auteurs sous les noms plu
de lichen hypertrophique et de
u Bois, chef de clinique, expo
ɜt montre sur une planche mural
follicules pileux sont remplis d
ɜ sont plus visibles. L'épiderme
dans le derme on constate une
.u-dessous des follicules les plu
ɔuscules nerveux qui paraissen
sont entourés et infiltrés par u
elle formation.

.TRAMARE présente encore une
rythémateuse, circinée de la rég
ɜs accentuée à gauche. Cette lés
ɜt, disparaît complètement pas la
n peu grasse; elle progresse
ɔis environ; elle a été accompa
phalée, ce qui s'explique par s
conduit est rouge, un peu squa
, on constate également un bo
ure du cuir chevelu est très
quelques jours, il s'est fait, sur l
petit semis d'efflorescences sé
ır la nature de la lésion. Il s'ag
culaire. Le reste du corps ne pr
ARD présente un malade pour
ɜtabli. C'est un berger qui a été
ɔcurie, il ne se rappelle de rien
ɜs d'hémiplégie, mais une paral
a une température de 38°. L'ex
, mais il souffre d'un strabisme
ın liquide hémorragique avec
ıner l'idée de crise épileptique s
éningée. Peut-être est-ce une *mé*
ırd montre le liquide provena
enfant atteint de méningite et
de céphalo-rachidien que l'on t
ɜuse.

ALTENHOFF a examiné le malade
ılaire : l'œil droit traumatisé da
e. Le strabisme est ancien et n'e
ɜnri REVILLIOD, sous le titre d'*e*
du trou de Botal, présente des
ıne malade dont l'histoire cliniq
ɜe de 47 ans, bien portante jusq

que, et de varices très développées
onsulter le 12 décembre 1903 pour
.tteint une varice superficielle de la
malgré l'immobilisation du membre
t d'une très violente douleur dans
embre reste inerte, tout mouvement
, sont bleues, froides et le moindre
intolérable. Le pouls radial gauche
régulier (84 pulsations). Le diagnos-
re gauche s'impose. Au cœur on ne
ilaire ou de dilatation des cavités.
e est normale.
:he est le siège d'une douleur sourde
ans cause apparente des paroxysmes
laint de palpitations et de douleurs
nes qui suivent les premiers acci-
assez marqué.
gnes thoraciques plus nets que précé-
gauche, point dans la région axillaire,
de sang dans des crachats spumeux.
dans le pied droit, analogue à celle
ne nouvelle embolie; immobilité et

·ès une augmentation de la toux, de
dyspnée, la malade est prise d'une

nalogues à ceux du bras gauche et
s la fosse iliaque et la cuisse gauches.
du ventre et de la cuisse gauche,
enté, des nausées et un léger ictère.
dans une crise d'étouffement. Elle
al.
ontre un trou de Botal largement
lex, les cavités remplies de caillots
es orifices valvulaires ne présentent
pulmonaires sont obstruées par des
iège d'un infarctus au début. Il n'y
tres organes et les artères des mem-
tre examinés.
une thrombose veineuse développée
ayant donné naissance à des embo-
par passage par le trou de Botal
auche, de la fémorale droite, des
2° embolies directes dans les deux
Le Secrétaire : Dr Ch. Du Bois.

Séance du 28 janvier 1904, à l'Hôp

Présidence de M. Goetz, Pr

35 membres, 8 étrangers présents.

M. Weber, présente deux pensionnaires de récemment pour *délire aigu,* actuellement tous

1° Femme de 38 ans, fille d'un alcoolique e années. En 1903, elle présente pour la premiè délirium tremens. Dans la nuit du 20 au 21 j d'une angoisse très violente, entend toutes sort assiste par l'ouïe à des scènes très tumultueuse leur casse des vitres sur la tête, on les asso Elle ne voit personne dans la rue et en conclut dans les maisons. Elle entend à travers le mu sins et ce qu'ils disent à voix basse : « On va n son compte »; en menaçant ses persécuteurs de elle réussit à les arrêter, puis décide de s'ouvr née, elle se fait une serie d'entailles aux avant dons et de la radiale d'un côté, sans éprouve Policlinique, elle n'accuse aucune douleur pen qui dure plusieurs heures. A son arrivée à l' orientée, raconte tout ce qui s'est passé, ne cha logique des faits, reconnaît son entourage. Da un accès de delirium tremens typique : hallucin vementées, désorientation sur le lieu et le entourage; tremblement généralisé. Au reveil presque totale pour toute la durée de celui-ci. veau certains phénomènes de l'hallucinose au malade est convaincue de la réalite des chose dans la première période de sa maladie.

M. Weber fait observer que cette malade a p à intervalles très rapproches, les deux types p alcoolique : le *type visuel* (*delirium tremens*) et *auditive aiguë)*. Il est de règle que ces deux fo a cependant observé un certain nombre de c publication de M. Papadaki [1], où elles ont alter mais jamais il ne les avait vu se succéder mêmé malade. L'absence de toute sensation de le delirium tremens, ne fait pas partie de la sy cinose auditive.

M. Weber ajoute à propos de cette malade q

[1] Voir cette *Revue*, décembre 1903.

int absolu et s'en est fort bien trouvé;
mouvements, la camisole l'a pourtant
ots.

de sinusite frontale, du reste peu in-
janvier, de l'idée qu'on veut l'empoi-
ans le nez, on « dérange » le fourneau
rivée à l'Asile, il fait les cornes à ses
onneurs. Les hallucinations de l'odorat
nt de deux à trois jours, bien que les
. Le début subit, la courte durée, les
s délires d'origine éthylique. M. Weber
e être un facteur suffisant pour déter-
est certain que dans ce cas les jours de
logique un rôle aussi important que la
e second cas d'un *delire éthylique avec*

nfants atteints de *teignes de provenance*
ins habituellement méconnus. (Paraîtra

es renseignements complémentaires sur
kérion de Celse, provenant du cheval.
tait au début une grande ressemblance
eux vulgaire; le traitement, fondé sur ce
compresses humides, n'a fait qu'aggraver

tion qui lui est posée, par des détails sur
es qui se propagent soit directement de
ermédiaire de végétaux, herbes, graines

utique doit être différente dans ces teignes
eignes vulgaires, et émet l'opinion que
reste toujours le traitement par excellence

. il existe une folliculite très marquée,
cheveu étant trop cassant, elle ne ferait
ite. Dans le service dermatologique de
es cas là par l'emploi du sulfhydrate de
ouit plus de la même faveur que naguère;
M. Sabouraud emploie l'huile de croton.
tique récente de l'épilation par les rayons

e atteinte à un degré très accusé d'*aéro-*
'ait inculte et d'un intellect très peu déve-
ps de dyspepsie nerveuse; l'habitude de
chez elle insidieusement, se greffant sur

bitude d'éructations volontaire
dant ses digestions pénibles. I
intestins ne présentent pas d
tomac. La seule thérapeutique
I. Long : Des cas analogues sont
nomène d'auto-suggestion et no
I. Maillart dit qu'à côté de
tre des cas où le phénomène n'
I. Andreæ rapporte à propos
n autre genre, qu'il a constat
issait d' « *aérophagie vaginal*
ant entrer dans le vagin de l'a
nt d'incommoder une autre jeu
I. Aug. Reverdin revient sur
ule de loup et *bec de lièvre bila*
xposé le mode opératoire dans
montre cette fois-ci le malade
ds mou et porteur d'une pièce
ilages pris avant et après l'opé
er les progrès obtenus au poin
s l'opération. M. Reverdin rap
ne injection cocaïnisée, méthode
e injection a l'avantage non se
le décollement de la muqueuse
I. Bard montre une seconde fo
éance du 14 janvier, sans avoir
tif. Il s'agissait d'un berger to
alysie faciale droite de type p
eur externe. La ponction lomb
que. Il n'y avait d'autre signe
e nouveaux renseignements a
amen du malade pendant ces q
ni bien fixé sur le cas. Il n'y a
simple évanouissement ; l'hémo
lésion traumatique Dans une
teinte picrique. Il s'agit très p
brusque ayant provoqué une
inage. La paralysie du nerf fac
orragie dans la gaine du nerf.
est utile de ne pas méconnaître
bénignes à symptômes latents,
grâce à la ponction de Quincke
une question de M. Vallette
ille a bien été fait et n'a rien
l'affection présente

rlier ne ferait pas rentrer dans le
as de ce berger évanoui dans son
erlier ne serait pas dû à une de ces
M. Bard nous apprend l'existence.
n dans ce cas de vertige récidivant
pas en train de traire ses vaches

à l'Asile des aliénés des cas de
r. Dans l'un de ces cas des coupes
de l'infiltration périvasculaire dans
compression du nerf oculo-moteur
ngite basale.
ecrétaire : Dr Henri Revillion.

RAPHIE

du cancer; le corpuscule de Fein-
planche. *Thèse de Lausanne*, 1903.
at de recherches entreprises à l'Ins-
é par M. le prof. Stilling. L'auteur
et de l'existence du corpuscule que
ltres inférieurs et des néoplasmes
omanowski, a rencontré dans les
ent pathogène du cancer.
storique des tentatives entreprises
umé, résume d'abord la technique
r travail général de celui-ci et rap-
est arrivé, puis vient un chapitre
es ; il y expose succinctement la
ne façon detaillée les observations
r l'étude des organismes inférieurs :
asse à l'analyse des tumeurs mali-
es, papillomes; il y rapporte aussi
les éléments normaux (ganglions
cence : goître, endométrite, tuber-
vec ceux de Feinberg ; il est arrivé
ar celui-ci ne sont que le produit de
des cellules, en mitose avortee ; il
ux affirmations de Feinberg, sans
le fond de la question du parasi-

ré de nombreuses figures en cou-
a nécessité de patientes et minu-
nismes unicellulaires et à la struc-
possible de résumer ici ; il mérite

d'être lu par tous ceux qu'intéressent les ques
microbiologie.

C. Garré et H. Quincke. — Grundriss der Lunge
de 120 p. avec 30 fig. Iena 1903, G

Cet intéressant volume, enrichi d'excellentes
sorte une mise au point de la chirurgie des poum
raison de ce fait, que la part de beaucoup la plus
soit due au prof. Garré, le prof. Quincke n'y aya
chapitre de 16 pages sur la pathologie et le dia
pulmonaires, et par sa collaboration au chapitre
naire. Le volume débute par un excellent chapitr
ques renfermant toutes les notions nécessaires
intervenir pour une maladie des poumons : descri
ports, avec de bonnes figures en partie en coule
dies pulmonaires pouvant réclamer une opérati
dans le cours de l'ouvrage sont . les suppurati
gangrène, bronchiectasie), la tuberculose pul
pulmonaire, les fistules pulmonaires, les ecchin
néoplasmes (tératomes, carcinomes, sarcomes),
blessures des poumons et enfin les hernies. Ch
l'étude des indications, de la technique et des rés
Naturellement, au point de vue de la technique,
mons aux opérations, souvent les mêmes, dirig
maladies examinées ; dans la première des étude
concerne les suppurations pulmonaires, le prof. C
approfondie sur la question du pneumothorax
plèvre, sur son mécanisme, son importance sui
lente de sa production, sur ses dangers plus ou
moyens de l'éviter ou de le rendre innocent ; il
le cours de l'ouvrage, mais cette question étudiée
y revenir.

Le livre de Garrè et Quincke montre où en est
pulmonaire, les conquêtes déjà faites et celles qu
nir. Sa lecture est des plus intéressantes et d
bibliographie utilisée est donnée à la fin du volu

VARIÉTÉS

Correspondance. — Nous avons reçu la lettre
Laus

Monsieur le rédacteur,

M. le Dr Bonjour, dans le dernier numéro de
une erreur que j'aurais commise dans la séance

[1] Voir cette *Revue*, 1904, p. 73.

Si mon honorable confrère veut bien
'ement la phrase qu'il « rectifie », il
ntient pas ce qu'il veut bien lui faire
ıux.
acteur, l'assurance de mes sentiments
Dr Dind.

—

ın. — Après la retraite de l'honorable
orps d'armée, le médecin en chef des
ıssigné proposèrent aux officiers sani-
n témoignage de leur reconnaissance
oupes sanitaires. La souscription pro-

colonel Göldlin une coupe artistique
Bâle, et un diplôme composé par
rendus à notre armée par l'officier
Après paiement de tous les frais, un
lation Winkelried.
ent l'exécution des deux objets d'art
On était alors à la veille des manœu-
de réunir les officiers sanitaires pour
fête solennelle; d'autre part, le grand
t pas de renvoyer plus longtemps. Dès
témoignages de la reconnaissance des
députation qui se rendit à Lucerne, le
ar l'organe de M. le colonel Emile
les médecins militaires qui avaient

ment ému, chargea les membres de
rs mandataires de la sincère gratitude
ıanifestation lui procurait. Il émit le
ıspérait réunir un plus grand nombre
ui-même ses remerciements.
rouver la mort quelques jours après
is de reproduire ici les paroles qu'il
larmes : « Cela fait du bien de sentir
Lt-colonel Bonny.

—

ribution des prix de l'Université de
ıer. Le *Prix de la Faculté de Médecine*
é décerné à Mlle Lina Stern, pour sa
tion à l'étude physiologique des con-

—

Reverdin, professeur à la Faculté de
promu au titre de membre associé
de Paris.

—

ıcale suisse. — Nous recevons de
mmission, la communication suivante :
re notre circulaire, nous avons laissé
t plus ou moins local. Nous désirons
ıporteurs cantonaux sur la question X
et remarques éventuelles ». Sous cette
de questions intéressantes, telles que
es remèdes secrets, de la pratique des

decins étrangers sur territoir
viront, d'une part, à attirer l'a
enseigner la Commission médi
ou tard nécessiter son interve

ÉTUDIANTS EN M

Semestr

	1901	
	du canton	
	Auditeurs	Dames
ALE	49	2
ERNE	70	..
ENÈVE	30	1
AUSANNE	32	..
URICH	57	4

Bâle, 7 auditeurs. *Berne*, 20
nes) ; 29 élèves (dont 1 dame)
ne, 3 auditeurs. *Zurich*, 21
nt 4 dames) de l'École dentair

ISSE DE SECOURS DES MÉDECINS

govie. — Dr H. Bircher, fr. 20,
le-Ville. — Drs A Hägler-Gutz
r. 20 ; Anonyme, fr. 10 ; P. V.
r. 20, (140).
rne. — Drs F. Dumont, prof.,
einer, fr. 10 ; V. Surbeck, fr. 1
rof , fr. 20 ; E. Lanz, fr. 10 ;
. Schüppbach, fr. 20 ; F Ris,
Gall. — Drs A. Walder, fr. 1
. Senn, fr. 20; Soc. des méde
ève. — Drs V. Gilbert, fr. 10 ;
isons. — Drs E. Köhl, fr. 10 ; F
cerne. — Dr A. Vogel, fr. 20,
uchâtel — Drs R. Ronca, fr. 1
affhouse. — Dr G. Stierlin, fr.
noyts. — Dr Z Fassbind, fr. 1
eure. — Dr L. Greppin, fr. 20,
sin. — Dr F. Zbinden fr. 10, (
urgovie. — Dr E. Haffter, fr. 1
ud. — Dr M. Dufour prof., fr.
g. — Dr Hürlimann, fr. 20, (
rich. — Drs Félix, fr. 50 ; R. G
r. 20 ; M. Cloetta, prof., fr. 1
r. 10 ; C. Rahn, fr. 10 ; E. Rit
rof., fr 20 ; (205).
o Divers — Dr E Hess-Bey,
Winterthur. (25).

de plus pour la fondation *B*
rne. — Dr F. Dumont, prof., f
rich. — Anonyme, fr. 20, (20).

Bâle, le 1er Février 1904

20 MARS 1904.

MÉDICALE
SE ROMANDE

ORIGINAUX

**ıs épileptiformes toniques
oniques**

siologie de l'Université de Genève)
.o Samaja.

ı et fin) [1]

IES PERSONNELLES.

itre précédent consacré à l'histo-
ɜt, selon les différents expérimen-
ɜ, soit bulbaire, soit bulbo-pro-
cortico-basilaire.
ɔntradictoires, M. le prof. Prevos-
son laboratoire et sous sa direc-
tent après l'application des cou-
'miner si les deux phases convul-
t sous la dépendance de centres
ns soit permis de lui offrir ici
ıtitude pour la bienveillance qu'il
· et les conseils dont il nous a

es, nous avons suivi la marche

ı l'application du courant alter-
ɪpérience après avoir enlevé à la
parties du système nerveux. Nous
ons produites dans la forme des
de telle ou telle partie de l'axe

lui de la ville de Genève (45 pé-

durée de l'applicat
de.
us indiquerons pour
es électrodes et le
s expériences ont
e adulte et nouveau
t adultes et nouve

1. Gr

courant employé é
ation d'une second
les fixées dans le co
cet animal, n'ayan
ro-spinal, les électr
eux extrémités de l
s l'un et dans l'au
nt, poussent un
ute la musculatur
gités par des seco
us et se déplacent
u moins rapides ; v
varie entre un m
de 30 secondes.
ci les résultats obte

Durée des c
(Voltage : 11. D

nouillies	Electrod bouche et a
1	16 secon
2	20 »
3	25 »
4	20 »
5	20 »
6	20 »
7	20 »
8	18 »
9	25 »
0	27 »
1	27 »
2	30 »
3	17 »
4	30 »
5	23 »

Ablation d

Nous avons cherché si l'ab
la forme des convulsions, en
vulsions cloniques.

Exp. I. — Grenouille verte de
Ablation des hémisphères et perm
27 *août* 1903. 9 h. On découv
hémisphères. La grenouille respire
11 h. 10. On fait passer pendan
électrodes tête et anus. Convulsion
tiques aux convulsions de la greno
11 h. 40. Excitations dans les r
vulsions tonico-cloniques pendant
28 *août*. 10 h. Même excitation
dant 35 s.
29 *août*. 9 h. 30. Même exc
pendant 42 s.
10 h. 5. Même excitation. Conv

Dans d'autres expériences se
si l'on applique le courant aus
sphères, la force et la durée d
est préférable d'appliquer le c
mieux encore le lendemain de
Cette expérience ayant été
avec le même résultat, nous e
ne jouent aucun rôle dans la p
tiformes chez la grenouille.

Ablation des hémisphè

Nous nous sommes demandé
avec les hémisphères ne modifie

Exp. II. — Grenouille de 55 gr
Ablation des hémisphères et des
vulsions tonico-cloniques.
27 *août*. 9 h. 30. On met à nu
sphères et les lobes optiques. La gr
11 h. 30. On fait passer pendant
Electrodes tête et anus. Convulsion
tiques à celles que l'on constate che
28 *août*. 10 h. 15. Même excitatio

29 *août*. 10 h. Même excitation. Convulsions tonico-cloniques 15 s.
31 *août*. La grenouille est trouvée morte.

Une autre grenouille, opérée le 28 août et excitée dans les mêmes conditions une heure après, nous a donné des convulsions tonico-cloniques pendant 15 s.; le 31 août des convulsions pendant 17 s.

Une troisième, dans les mêmes conditions, donna 27 s. de convulsions le 28 août, et 15 s. le 31 août.

Une quatrième, opérée aussi le 28 août, donna ce même jour 15 s. de convulsions et fut trouvée morte le lendemain.

Une cinquième, opérée le 29 août et excitée le 31, donna 21 s. de convulsions.

La diminution dans la durée des convulsions doit être, à notre avis, attribuée à l'épuisement de l'animal, l'opération en elle-même aboutissant en quelques jours à la mort.

Nous en concluons donc que l'ablation des hémisphères et des lobes optiques n'empêche pas la production des convulsions épileptiformes.

Isolement de la moelle épinière.

Pour localiser le centre convulsif, il nous restait à voir si la moelle isolée pouvait donner des convulsions tonico-cloniques.

A cet effet nous avons enlevé chez quelques grenouilles les hémisphères, les lobes optiques et le bulbe; chez d'autres nous avons sectionné la moelle au-dessous du bulbe.

Exp. III. — Grenouille de 50 grammes.

Ablation des hémisphères, des lobes optiques et du bulbe ; persistance des convulsions tonico-cloniques.

27 *août*. 9 h. 45. On met à nu le cerveau et on enlève les hémisphères, les lobes optiques et le bulbe.

11 h. 15. On fait passer pendant une seconde un courant de 11 volts ; électrodes tête et anus. Convulsions tonico-cloniques pendant 52 secondes identiques à celles de la grenouille saine.

28 *août*. La grenouille est trouvée morte.

Deux autres grenouilles, opérées et excitées dans les mêmes conditions, nous ont donné respectivement 20 et 15 secondes de convulsions tonico-cloniques.

Une quatrième grenouille opérée le 29 août nous a donné ce jour même 17 secondes de convulsions; le 31 août elle n'en donnait que 9 secondes, mais fut trouvée morte le lendemain.

Exp. IV. — Grenouille de
Section transversale de la m
convulsions tonico-cloniques.

29 *août*. 9 h. On sectionne
complète immédiatement au-de

10 h. 30. On fait passer pe
11 volts ; électrodes à la sectio
17 secondes, identiques à celle

31 *août*. 9 h. 30. Même exci
dant 9 secondes. Morte le lend

Une deuxième grenouill
donna 25 secondes de conv

Une troisième, opérée e
convulsions pendant 20 se

D'autres grenouilles, da
des résultats tout à fait se

Nous avons enregistré
muscle gastrocnémien d'u
phique B de la fig. 1 (p. 17
graphique A de cette mêm
compte que les deux gra
grenouille saine, l'autre c
sont absolument identiques
les mêmes convulsions que

Conclusions. — Chez la
misphères cérébraux et d
forme des convulsions. Le
le siège des convulsions to
car chez la grenouille dont
convulsions de la face anal
les membres.

2°

Nos expériences ont été
des cobayes nouveau-nés.

Nous avons d'abord dét
forme des convulsions la
Ceux-ci consistaient en de
durée du courant a toujou

Si l'on place une des éle
inférieur et l'autre à la nu

même temps des convulsions toniques des membres antérieurs et des convulsions cloniques des membres postérieurs. Habituellement la convulsion tonique des membres antérieurs est suivie par quelques secousses cloniques.

Le tableau suivant résume les résultats de ces expériences.

Electrodes nuque et maxillaire inférieur.
Durée de l'excitation : 1 seconde.

Cobayes.	Voltage	Membres antérieurs toniques	Membres postérieurs cloniques	suivies par des cloniques aux 4 membres
800 gr.	55	10 s.	10 s.	4 s.
720 gr.	22	15 s.	15 s.	5 s.
720 gr.	22	10 s.	10 s.	5 s.
765 gr.	22	11 s.	11 s.	5 s.
665 gr.	22	14 s.	14 s.	7 s.
650 gr.	22	10 s.	10 s.	4 s.
680 gr.	22	10 s.	10 s.	5 s.
195 gr.	22	12 s.	12 s.	6 s.
325 gr.	22	8 s.	8 s.	6 s.

En plaçant l'une des électrodes sous la peau du maxillaire inférieur et l'autre à la région dorsale de la colonne vertébrale, nous avons obtenu à plusieurs reprises des résultats semblables aux précédents.

Par contre, si tout en laissant l'une des électrodes sous la peau du maxillaire inférieur, on place l'autre électrode plus en avant, au milieu de l'espace limité par deux lignes parallèles réunissant l'une les deux yeux, l'autre les deux oreilles, on obtient souvent des convulsions cloniques généralisées aux quatre membres.

Electrodes au sommet de la tête et au maxillaire inférieur.
Durée de l'excitation : une seconde.

Cobayes.	Voltage	Membres antérieurs toniques	Membres antérieurs cloniques	Membres postérieurs toniques	Membres postérieurs cloniques
720 gr.	22	15 s.	—	—	15 s.
665 gr.	22	—	16 s.	—	16 s.
700 gr.	11	—	15 s.	—	15 s.
600 gr.	11	—	10 s.	—	10 s.
270 gr.	11	11 s.	—	—	11 s.
700 gr.	11	6 s.	6 s.	—	12 s.

On comprendra aisément la différence des résultats, si l'on réfléchit que les points de repère pris n'étant pas limités par

natomiques fixes, varient chez les différents
à l'expérience.
si on place les électrodes à la bouche et à
ovoque qu'une crise tonique durant de 10 à 15
nal meurt d'habitude par paralysie du cœur
ns fibrillaires, mais peut parfois survivre. Pour
l'explication de ces phénomènes, nous ren-
nous en dirons à propos d'expériences sembla-
e chien et le chat.

Cobayes nouveau-nés.

yes nouveau-nés, les réactions épileptiformes
ance, tout à fait semblables à celles de cobayes

ve né dans la nuit du 30 au 31 août 1903.
citation pendant une seconde avec un courant de 11
maxillaire inférieur et à la nuque.
urs : Crise tonique pendant 10 secondes, devenant
21e seconde.
urs : Crise tonique pendant 17 secondes, devenant
21e seconde.

ave de la même portée.
on pendant une seconde avec un courant de 11 volts ;
la tête et maxillaire inférieur.
urs : crise tonique, 7 s., devenant clonique jusqu'à

urs : Crise clonique 13 s.
ne excitation ; électrodes maxillaire inférieur et nuque.
urs : crise tonique, 14 s.
urs : crise clonique 14 s.

aye de la même portée.
). Excitation d'une seconde avec un courant de 11
axillaire inférieur et anus. Crise tonique aux quatre
vie.
ne excitation : électrodes milieu de la tête et maxillaire

urs : crise tonique 12 s. devenant clonique jusqu'à la

urs : crise clonique, 20 s.

insi la similitude qui existe entre les effets ob-

u-nés et les adultes, ce qui est
ıous avons pu constater, comme
fait différents chez les chats.

moelle épinière.

ındé quelle forme de convulsion
ı reste de l'axe cérébro-spinal
ıatifs.

0 gr.
so-lombaire. Excitation. Convulsions

re la moelle à la région dorso-lom-
nent d'une manière complète.
conde avec un courant de 22 volts.
à l'anus.
érieur pendant 7 s.
ion de la moelle était complète.

ses répété cette expérience, en
tat. Jamais, après la section de
raître des convulsions cloniques
tation avec les courants alter-

tambour de Marey, les convul-
eurs cobayes paraplégiques. Le
eproduit une de ces convulsions;
ns toniques.
ı cobaye sain les électrodes à la
s. En faisant passer un courant
ıe seconde, nous n'avons obtenu
es. Chez un autre cobaye, dans
ıs obtenu les mêmes résultats.
ent, croyons-nous, d'expliquer
e l'on constate dans la forme
térieurs et aux membres posté-
e les électrodes à la nuque et
nembres antérieurs présentent
oniques, parce que le courant
en même temps la moelle cer-
, tandis que les membres posté-

ıe présentent que d
ant que dans les ce
tion nous paraît d'a
etite taille du cobaye
de la moelle et des
, nous n'avons jam
vulsions entre les
eurs en plaçant les

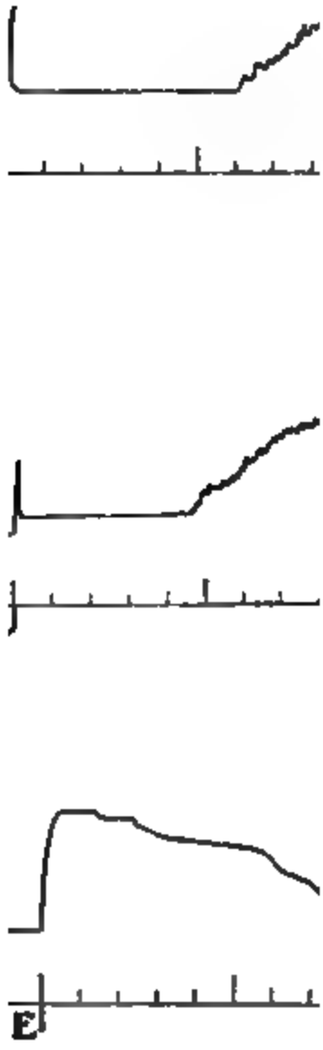


Fig. 2
Tracé au tambour

ation, 1 seconde, 37 volts.
ro. 420 gr. Electrodes : ma
o. 380 gr. Ablation des ce

o. 430 gr. Section transver
. aigu.

ulsions cloniques.

a partie de l'axe cérébro-spinal
des convulsions cloniques des
ar élimination, en nous adres-
icale motrice.

sistance des convulsions cloniques.
nu la zone motrice du côté droit. En
induit (chariot Du Bois-Reymond,
oque des réactions simples dans les
hes. Ces réactions cessent dès qu'on
roche les deux bobines à 3 cm., on
des quatre membres et du mâchon-
t dès qu'on éloigne l'excitateur.
corce de la zone motrice.
ne différence dans les mouvements
gauche et le côté droit du corps.
vec un courant alternatif de 22 volts;
eur. Crise tonique des membres an-
formant ensuite en mouvements clo-
t tout ce temps, les membres postér-
oniques. On ne constate aucune diffé-

une seconde avec un courant de 11
eur et au milieu de la tête, entre les

s pendant 12 secondes.
al gauche, on le limite par l'excita-

seconde avec un courant de 11 volts.
et au vertex. Crise clonique des qua-

nt une seconde avec un courant de
férieur et au vertex.
ndant 12 secondes, crise clonique du

mes conditions qu'à 9 h. 30. Crise
0 secondes suivie de trois à quatre

pendant 13 secondes.
l'autopsie on constate que les zones

motrices sont complètement enlevées.
est labourée par la curette. Rien au b

Exp. X. — Cobaye de 720 gr.

17 *août* 1903. 10 h. 5. Excitation
rant de 22 volts. Electrodes nuque e
du train antérieur pendant 15 second
pendant 6 secondes. Crise clonique

10 h. 20. On enlève les deux zones
l'excitation directe.

10 h. 40. Excitation dans les mém
tonique du train antérieur pendant 1
postérieur pendant 12 secondes.

12 h. 20. Excitation idem. Crise t
18 secondes. Crise clonique du train

2 h. 50. Excitation pendant une se
Electrodes maxillaire inférieur et an
bres pendant 18 secondes. Mort.

Autopsie. Légère hémorragie ménin
zones motrices sont largement enlevé
cente est labourée, mélangée avec du
deux ventricules latéraux. On lave et
sens est infiltré de sang. Les corps st
droite, sont lésés et infiltrés de sang
côté droit et le pédoncule cérébral dr
bulbe.

Exp. XI — Cobaye de 820 gr.

17 *août* 1903. 10 h. 15. On enlè
les avoir reconnues par l'excitation d

10 h. 30. Excitation pendant une se
Electrodes au maxillaire inférieur et à
bres antérieurs pendant 16 secondes.
rieurs pendant 16 secondes.

2 h. 25. Excitation idem. Crise to
des. Crise clonique du train postérieu

2 h. 35. Excitation idem. Electrode
quatre membres pendant 15 secondes.

Autopsie. Hémorragie méningée de
motrices sont largement enlevées. Hém
atteints des deux côtes. Couches opti
rieure. La partie postérieure des couc
jumeaux, les pédoncules, le bulbe sont

Nous avons répété plusieurs fo
tat a été toujours le même. Les

étaient plus ou moins profondes, mais les zones motrices étaient toujours enlevées en totalité. Le bulbe était toujours intact.

Nous avons enregistré à différentes reprises, au moyen du tambour de Marey, les convulsions du muscle jumeau des cobayes privés de leurs zones motrices. Le graphique B de la fig. 2 (p. 182) représente une de ces convulsions : la phase tonique est suivie d'une phase clonique. En le comparant avec le graphique A pris sur le muscle jumeau d'un cobaye sain, on voit que les deux sont identiques. Les deux graphiques ayant été réduits de moitié, les convulsions cloniques ne sont pas aussi évidentes que dans le tracé original. Les zones corticales motrices ne jouent donc aucun rôle sur la forme des convulsions épileptiformes provoquées chez le cobaye par le courant alternatif.

La différence de réaction qu'on observe aux membres antérieurs et aux membres postérieurs des cobayes sains en plaçant les électrodes au maxillaire inférieur et à la nuque, se constate aussi chez les cobayes privés de leurs zones corticales motrices excités dans les mêmes conditions.

Ce résultat expérimental concorde donc tout à fait avec ce que nous avons déjà vu dans l'*Historique* à propos de l'excitation directe de la zone motrice chez les vertébrés autres que le singe, le chien et le chat. L'excitation de la zone motrice du cobaye, du lapin, etc., ne peut provoquer d'accès d'épilepsie et ne donne que des réactions simples. L'extirpation de cette zone ne provoque pas de troubles moteurs appréciables. Nous-même, au cours de nos recherches, avons à plusieurs reprises excité la zone motrice du cobaye sans obtenir jamais d'autre résultat qu'une réaction simple.

Les lésions étendues que dans deux de nos expériences nous avons faites dans le cerveau du cobaye sans empêcher l'apparition des convulsions cloniques, étaient déjà une présomption pour ne pas localiser les convulsions cloniques dans les masses grises sous-corticales. Pour constater d'une manière exacte le rôle de ces ganglions, nous avons fait dans le cerveau du cobaye une série de coupes de plus en plus rapprochées du bulbe.

Exp. XII. — Cobaye de 230 gr.

Section du cerveau au niveau des pédoncules cérébraux ; persistance des convulsions cloniques.

18 *août* 1903. 9 h. Excitation pendant une seconde avec un courant de 22 volts. Electrodes nuque et maxillaire inférieur. Crise tonique du train

antérieur pendant 10 secondes, de
Crise clonique du train postérieur
9 h. 15. Section transversale d
mal se met en opistotonos avec c
antérieurs. Les membres postérie
convulsions cloniques.
9 h. 30. L'animal présente en
antérieur. Les réactions réflexes s
10 h. Excitation pendant une
Electrodes maxillaire inférieur et
rieur pendant 8 secondes. Crise to
condes. De suite après le passage
sent, mais, quelques secondes apr
10 h. 5. Même excitation et mê
10 h. 10. Courant alternatif de
des maxillaire inférieur et anus. (
dant 9 secondes.
Mort.
Autopsie. On constate que la s
niveau des pédoncules cérébraux.

Cette expérience a été rép
toujours le même résultat.
Les couches optiques et les
siège des convulsions clonique
Dans une autre série d'ex
cervelet sans faire disparaître
quelques-unes de ces expérien

Exp. XIII. — Cobaye de 720 g
Ablation du cervelet et persistan
20 *août* 1903. 11 h. Ablation d
réflexes sont exagérés.
11 h. 25. 22 volts pendant une
et nuque. Crise tonique du train
clonique du train postérieur penda
11 h. 35 Excitation idem. Cris
des. Crise clonique du train post
2 h. 45. Excitation idem. Crise
Crise clonique du train postérieur
Autopsie. Le cervelet est com
pédoncule cérébral droit. La lésio
n'avait présenté aucun symptôme

Cette expérience répétée q

›nc pas le siège des convul-

limité le siège des convul-

:spiration artificielle. Section du
drijumeaux. Les réflexes sont

ıde avec un courant de 22 volts.
ı commencement de la moelle
, une minute. Crise clonique du

ıique des membres antérieurs,
postérieurs, 5 secondes.
ercules quadrijumeaux est com-
reau du bulbe.

trois fois avec le même ré-

immédiatement au-dessous
péché l'apparition des con-

le cobaye :
s ganglions infra-corticaux
on des convulsions.
convulsions cloniques.
des convulsions toniques.
es est donc bulbaire, celui
, médullaire.
, par rapport au bulbe, le
Brown-Séquard.

s.

t abouti aux mêmes conclu-
s sur les cobayes.
rs dans des épingles fixées

atif pendant une seconde,
à la nuque, provoque chez
que, suivie des convulsions
mâchonnement ne fait pres-

que jamais défaut et se proloı
sions a disparu aux extrémités
En voici quelques exemples

Exp. XV. — Lapin de 3,300 gr.
16 *juillet* 1903. 3 h. 45. Excitati
rant de 110 volts. Electrodes au m
vulsions toniques des quatre memb
suite cloniques jusqu'à la 21e secon

Exp. XVI. — Lapin de 1500 gr.
13 *août*. 2 h. 45. Excitation pen
22 volts. Electrodes au maxillaire
toniques des quatre membres 15
cloniques. Violent mâchonnement j
14 *août*. Même excitation avec 37
membres 17 secondes, suivies de
mâchonnement jusqu'à 46 s.

L'application des électrodes
laire inférieur ne modifie pas la

Exp. XVII. — Lapin de 2000 gr.
1er *septembre*. Excitation pendar
volts. Electrodes milieu de la tête
des quatre membres 10 secondes,
conde. Violent mâchonnement pend

Exp. XVIII. — Lapin de 1500 gı
1er *septembre*. Excitation pendar
volts. Electrodes milieu de la tête
des quatre membres 15 secondes, de
lent mâchonnement jusqu'à 1 min.

L'application des électrodes
empêche l'apparition des convu

Exp. XIX. — Lapin de 2000 gr.
14 *août*. Excitation pendant une
Electrodes maxillaire inférieur et
bres 4 secondes. Survie.

Exp. XX. — Lapin de 1500 gr.
14 *août*. Excitation une seconde
inférieur et anus. Crise tonique des

Exp. XXI. — Lapin de 2200 gr.
Excitation une seconde, avec 37
et anus. Crise tonique des quatre m

Isolement de la moelle épinière.

Si on isole la moelle du lapin et qu'on l'excite avec les courants alternatifs, on ne provoque que des convulsions toniques.

Exp. XXII. — Lapin de 2000 gr.

12 *août*. 10 h. 45, section transversale complète de la moelle, à la région dorso-lombaire. Abolition des réflexes patellaires.

2 h. 30. Les réflexes patellaires existent, bien que faibles.

Excitation une seconde avec 22 volts. Electrodes à la section et à l'anus. Crise tonique du train postérieur 18 secondes.

13 *août*. 10 h. Les réflexes patellaires existent.

Même excitation. Crise tonique du train postérieur 25 s.

Les réflexes patellaires sont exagérés de suite après la crise de convulsions toniques.

A l'*autopsie*, on constate que la section de la moelle était complète.

Exp. XXIII. — Lapin de 2300 gr.

13 *août*. 10 h. 15. Section transversale complète de la moelle, entre la douzième vertèbre dorsale et la première lombaire.

2 h. 55. Les réflexes patellaires existent.

Excitation une seconde avec 22 volts. Electrodes à la section et à l'anus. Crise tonique du train postérieur 15 s.

Les réflexes patellaires sont devenus exagérés.

14 *août*. 2 h. 55. Même excitation. Crise tonique du train postérieur 7 secondes.

A l'*autopsie*, on constate que la section de la moelle était complète.

Ablation de la zone corticale motrice.

Nous avons, à plusieurs reprises, enlevé les deux zones corticales motrices chez le lapin, sans modifier la forme des convulsions.

Voici une de nos expériences :

Exp. XXIV. — Lapin de 2000 gr.

6 *août* 1903. Excitation une seconde avec 55 volts. Electrodes maxillaire inférieur et nuque. Crise tonique des quatres membres 15 s., suivie de mouvements cloniques jusqu'à la trentième seconde. Violent mâchonnement jusqu'à la quarante-cinquième seconde.

7 *août*. 11 h. 15. Ablation à la curette des deux zones corticales motrices, reconnues d'avance par l'excitation directe.

8 *août*. 10 h. 12. Excitation une seconde avec 55 volts. Electrodes maxillaire inférieur et nuque. Crise tonique des quatre membres 15 s.,

: de mouvements cloniques jusqu'à
onnement jusqu'à la quarantième.
b. 26. Même excitation avec 22 v
ires 13 s., suivie de mouvements cl
pendant 12 secondes. Violent mâch
'*autopsie*, on constate que les deux
ées. La substance blanche est atteint
.be sont sains.

siège des convulsions cloniques
cal ; il est basilaire. Nous rapp
isé dans la protubérance.
moelle isolée ne donne que de
onc le siège principal des con

4. Chiens et

s électrodes employés étaient l
au, l'autre une tige métallique
application d'un courant altern
a bouche, provoque chez le ch
convulsive composée d'une ph
que, bien décrite dans la comm
à la *Société de Biologie*.
ici le résultat de quelques exci

	Voltage	t
Chat adulte	110	
»	25	1
»	110	
Chien adulte	110	5
»	38	
»	25	1
»	110	
»	25	1
»	110	5
»	110	
»	55	1
»	110	1
»	110	1
»	38	
»	22	

stent dans des mouvements
oires, des oreilles, des extré-

lectrodes dans la bouche et
les convulsions toniques.
ios :

gr.
une seconde avec un courant de
Crise tonique des quatre mem-

r.
nde avec 110 volts. Electrodes
e membres 25 secondes Mort.

avec 110 volts. Electrodes bouche
res 25 secondes. Mort

MM. Prevost et Battelli [1],
s électriques, qu'un courant
en, passe dans la région du
rovoquant des trémulations

ous demander si le fait que
ndrait pas de ce que la subs-
s son excitabilité à la suite
rsie du cœur.

elle épinière.

complète la moelle épinière
les électrodes de la section à
lsions toniques du train pos-
e les électrodes à la bouche
in antérieur et à la tête une
ie.
montrent.

e la moelle, entre la douzième
e

ogie générale. T. I, Paris 1899

4 h. 10. Excitation une se
nuque. Crise tonique de 12 s
condes, localisées au train an
4 h. 20. Excitation une se
anus. Crise tonique au train
4 h. 30. Le chien est en o
extension des deux membres
flexe (cutanée et patellaire) d
4 h. 40. L'hyperexcitabilit
4 h. 45. Les contractures
L'animal ayant survécu à c
tres expériences que nous ex
motrice.

Disons dès maintenant qu'
moelle était complète.

Exp. XXIX. — Chien de 1
5 *août* 1903, 9 h. 40. Ex
bouche et nuque. Crise toniq
tonique au train postérieur 2
convulsions cloniques généra
10 h. 20. Section complète
10 h. 35. On détache l'ani
contracture en extension de
tonos.
2 h. 30. Excitation une sec
anus. Crise tonique du train
tâche de se sauver. Après qu
ment le thorax et on constate
Le courant s'était irradié jusq
Autopsie. La section de la

Cette expérience de sec
répétée chez plusieurs chi
en concluons donc que l'
rants alternatifs ne donne
vulsions toniques.

Siège des

Nous nous sommes dem
motrices modifierait la fo
chat adultes. Les recherc
que, chez ces animaux, on
par des courants faibles l

es, des mâchoires, des pau-
posé d'enlever les centres
chien et chez le chat, pour
verait, à la suite de cette
embres.
our l'application d'une cou-
x zones motrices, puis on
au étant ainsi mis à décou-
ant isolément le centre de
atte postérieure de chaque
courant, nous avons provo-

deux zones motrices pour
et on attendait quelque
courant alternatif.
osie a contrôlé le résultat

de l'expérience XXVIII.

ce chien la moelle à la région
r ainsi que les convulsions des

On met à nu le cerveau au
xcitation directe de ces zones,
e, d'abord par un courant faible,
et postérieure. On reconnaît
re patte. En forçant le courant,
mitée au côté opposé du corps,

nes motrices des deux côtés. A
e l'opistotonos et des contrac-
s. On recoud la plaie.
110 volts. Electrodes, nuque et
0 secondes.
du train antérieur 25 s.
Crise tonique du train antérieur

n courant de la tête à l'anus.
igée à droite. Les centres des
levés à droite et à gauche. Rien

ation des centres corticaux

des membres antérieurs a c
lepsie provoquée par les cou
clonique dans ces membres.
persisté.

Voici une autre expérienc
cède :

Exp. XXX. — Chien de 5 kil
Ablation des zones corticales
niques.

21 *juillet* 1903. 2 h. 35. Excit
trodes, bouche et nuque. Crise t
suivie d'une crise clonique des q

2 h. 45. Ablation des centres
d'abord à l'excitation directe.

5 h. Même excitation qu'à 2 h
20 secondes.

22 *juillet*. 10 h. 30. Excitatio
nuque et bouche. Crise tonique c

On sacrifie l'animal et on con
l'ablation des centres corticaux
est complète. Rien aux ventricu

Dans ce cas aussi, l'ablat
l'apparition des convulsions

Nous pourrions multiplier
reproduire une expérience s

Exp. XXXI. — Chat adulte.

23 *juillet* 1903. 10 h. 45 Exc
trodes, bouche et nuque. Crise
suivie d'une crise clonique des q

11 h. 50. Même excitation a
membres 14 secondes, suivie d'
10 secondes.

27 *juillet*. 10 h. 25. Ablation
et gauche, pour les membres a
reconnus à l'excitation directe.

3 h. Excitation pendant une s
et nuque. Crise tonique des qua

28 *juillet*. 9 h. 40. Excitation
bouche et nuque. Crise tonique

On sacrifie l'animal.

Autopsie. Hémorragie ménin

en aux ventricules ni au

siège des convulsions

es arrivé a été confir-
utre manière.

stance de convulsions clo-
centres étaient conservés.
motrices des deux côtés;
rovoque ainsi deux atta-
ette les deux zones mo-

volts. Electrodes, bouche
secondes. A la vingt-qua-
raissent à la *patte anté-*

es opérées. En excitant
ne pendant le passage du
pposé, cessant avec la sup
apparaissent alors exclusi-
la même excitation directe
é pendant le passage du
la patte postérieure gau-

ts. Electrodes, nuque et
secondes. A la trentième
à la patte antérieure droite

tte postérieure gauche est
antérieure droite n'a pas
levés.

si bien par l'excitation
convulsions cloniques
les centres corticaux
es résultats des expé-
motrice est, chez le
f des convulsions clo-

ir le chien.

le avec 110 volts. Electro-

des, bouche et nuque. Crise tonique des q
suivie d'une crise clonique des quatre meml
10 h. 40. On découvre les deux zones m
curette.

27 *août*, 10 h. Excitation une seconde
bouche et nuque. Crise tonique généralisé
crise clonique de la patte antérieure gauche

28 *août*, 9 h. 30. Excitation une second
bouche et nuque. Crise tonique des quatre
d'une crise clonique de la patte antérieure

On sacrifie l'animal.

Autopsie : La zone corticale motrice est c
A droite, seul le centre pour la patte antéri
aux ventricules ni au bulbe.

Nous avons obtenu des résultats s
prises.

Bien que nos animaux n'aient plus
cloniques deux à trois jours après l'al
caux, nous avons voulu nous assurer
traumatisme opératoire en lui-même
ce phénomène. A cet effet, nous avon
ble dans les lobes non moteurs d'un
cloniques ont persisté après l'opérati

Exp. XXXIV. — Chien adulte de 6 kil

6 *août* 1903. 9 h. 30. Excitation une sec
des, bouche et nuque. Crise tonique des
suivie d'une crise clonique des quatre mem

10 h. On applique une couronne de trépa
On enlève les méninges et on met à nu le c
des circonvolutions mises à nu ne provoq
On enlève alors de chaque côté la partie de
couvert. On provoque ainsi à droite une
après la suture de la plaie cutanée, et pr

4 h. 20. Excitation une seconde avec 110
nuque. Crise tonique des quatre membres
clonique des quatre membres 7 s.

7 *août*. 11 h. Excitation une seconde
bouche et nuque. Crise tonique 15 seconde
9 secondes.

2 h. On constate que la motricité et le
parait ne pas y voir, le réflexe pupillaire e

2 h. 40. Même excitation avec 55 volts
crise clonique 15 s.

vec 35 volts. Electrodes,
mique 12 s.
2 secondes, crise clonique

ean et les os du crâne.
Aucune lésion aux deux
n diamètre de 2 cm. siè-
anches sont complètement

e corticale motrice ne
ulsions épileptiformes,
ale motrice abolit les

e le siège cortical des
s pensé nous adresser

veau-nés.

d'appliquer le courant
-nés, dans les mêmes
comparer les résultats
effet. pour reconnaître
rce cérébrale du chien
de ces animaux adultes.
recherches à ce propos :
ouveau-né on ne trouve,
nyélocytes, c'est-à-dire
entourées d'une mince
visibles, parfois, mais
lulaire fusiforme. Cette
s couches superficielles,
la substance corticale,
n élément qui rappelle
ge adulte.
une coupe les mêmes
en adulte, on se trouve

en présence des formes cellu
ristiques dans cette substa
qu'on trouve des cellules py
grandes que dans la substa
y a encore nombre de myél
veuses embryonnaires, mais
cellules pyramidales de gra
des stratifications régulière

Une différence d'activité
correspondre à une différe
rain même que les adversai
motrices corticales ont disc

Avant de résumer les rec
bilité de la zone motrice
nous croyons utile d'établir
auraient dû porter ces rech

Les recherches expérimen
zone motrice chez les chie
comme nous l'avons déjà vu
tance blanche de la zone m
bles, mais qu'elles donnent
de vue de la forme des mou
latente.

La substance grise peut,
tion de l'excitation, produir
musculaires représentées da

Tout mouvement, par co
substance blanche sous-jace
l'excitation.

D'autre part, la durée de
et la contraction musculaire
substance grise, qu'elle ne
blanche sous-jacente.

On devait donc se soucier
la vie extra-utérine la subst
sont excitables.

La substance grise serait
que sa constitution histolog
les faisceaux de substance
qu'après leur myélinisation

Nous verrons que les rec

che chez le chien nouveau-né, la réacti
dixième jour de la vie extra-utérine, (
grise, doit être identique à cette premi

Tarchanoff[1] a confirmé la premi
ches de Soltmann, en expérimentant s
d'autre part que la zone corticale est (
chez le cobaye. Le cobaye, comme on
développé, contrairement au lapin, au

Albertoni, cité par Seppilli[2] et par
provoquer chez un chien de 13 jours
ples ni des convulsions épileptiques pa
du cerveau, tandis que chez un chie
de 22 jours, l'excitation de l'hémisph
attaque complète d'épilepsie.

Crosnier de Varigny a fait, relativ
deux expériences : « Nous opérions, éc
un à deux jours, chloralisés pour la mi
pendant le sommeil, ni après le réveil,
mouvements provoqués par l'excitatio

Franck et Pitres[4] ont confirmé les r
l'inexcitabilité de la substance grise.

Bechterew, dans un premier trava
expériences sur les chiens et les cha
l'écorce n'est excitable qu'au 10e jour;
14e, 15e, mais, même à cette époque,
encore différenciés pour les différents
faible courant donne une réaction toni
le centre est inexcitable pour une de
rew n'a jamais obtenu, ni les convulsio
épileptique, par l'excitation cortical
étaient déjà excitables.

Chez les chats et les chiens il n'a pa
d'épilepsie, même après un mois de vi

Il a obtenu chez quelques chiens l
que les cellules pyramidales ne fussent
Pour lui, l'excitabilité de l'écorce coïn

[1] *Rev. mens. de méd. et de chir.*, octobre et
[2] *Rivista di Freniatria e di Medicina lega*
[3] *Thèse de Paris*, 1884, p. 131.
[4] Franck *Leçons sur les fonctions motrice*
[5] *Wratsch* (Le médecin), 1886, n° 34, p. 60

ment d'excitabilité de la substance blanche sous-jacente; il n'a pas une seule fois réussi à exciter la substance blanche avant que l'écorce fût excitable. D'autre part, l'excitabilité de la substance blanche coïncide avec l'apparition de la gaîne de myéline, qui, chez le chien, ne commence que le 10e jour. Dans une note, Bechterew déclare que chez le chat il a trouvé les centres moteurs excitables le deuxième ou le troisième jour après la naissance.

Dans un deuxième travail[1] sur le même sujet, Bechterew précise, en les répétant, les conclusions de ses premières expériences. Les contractions qu'on obtient chez le chien du 10e au 15e jour de vie extra-utérine, par l'excitation électrique d'un centre, ne sont pas isolées à certains muscles, mais sont des contractions générales du membre appartenant à ce centre. Ces contractions sont lentes et uniques; les convulsions cloniques n'apparaissent que plus tard.

Dans ce même travail, Bechterew communique les expériences d'un de ses élèves, Bary. Ce dernier a trouvé, sur 38 chiens âgés de 0 à 20 jours, l'écorce excitable chez 25 d'entre eux. Chez les 13 autres, l'écorce était inexcitable, mais ils étaient tous âgés de *moins de neuf jours*[2]. Pour 9 d'entre eux, on pouvait soupçonner, comme causes de l'inexcitabilité de l'écorce, l'hémorragie trop abondante, le refroidissement, etc. Parmi les 25 chiens à couche corticale excitable, quelques-uns étaient âgés d'un jour. Bary a constaté que la période latente de l'excitation corticale du muscle est, chez le nouveau-né, notablement plus longue que chez l'adulte. *Il n'y a pour ainsi dire pas de différence chez le nouveau-né entre la durée de cette période latente et le temps que demande à s'effectuer la contraction musculaire, quand on pratique l'excitation sous-corticale.* Le faisceau pyramidal amyélinique, non développé, ne paraît pas complètement inexcitable.

Joseph Paneth[3] reproche aux auteurs qui ont trouvé l'écorce inexcitable d'avoir opéré sur des animaux anesthésiés par la morphine ou le chloral, ou profondément épuisés par les opérations préliminaires, par l'ouverture du crâne et la mise à nu du cerveau. Franck et Pitres, en répondant à ces observations,

[1] *Neurologisches Centralblatt*, 1898, p. 148.
[2] La statistique de Bary est à côté de la question, tout le monde admettant l'excitabilité de l'écorce à partir du dixième jour de vie extra-utérine.
[3] *Pfluger's Archiv*, 1885, Bd. XXXVII, p. 202.

déclarent avoir pris toutes les
Paneth.

Paneth dit qu'il considérera c
expériences qui répondront aux q

1° Que l'excitation soit appliq
ment de repos et qu'il y ait coïn
tation et le mouvement;

2° Que les mouvements soient
sent seulement aux extrémités, s
du tronc;

3° Que les parties excitables s
tion dans d'autres parties du cer
que l'application des électrodes a

4° Qu'après avoir sectionné to
et l'avoir séparée de la substance
zontale, ou après n'avoir fait c
l'application d'un courant beauco
mouvement. Cela pour prouver c
dent pas de l'excitation des p

Si une seule de ces conditions
que probable.

Avec la quatrième condition qu
ver que les mouvements produi
proviennent, chez le nouveau-né,
grise.

Cette condition n'a pas la valeu
effet, Bechterew[1] avait déjà obse
que, obtenue par un faible couran
du chien nouveau-né pour une de
même a observé dans deux cas l
suite de l'excitation, sans autres
ces considérations le traumatisme
qui l'accompagne, on a des cau
expliquer l'inexcitabilité du cerv
tale, sans localiser déjà le siège
tance grise.

Nous observerons d'autre par
obtient, par l'excitation du cerve
réaction épileptique, et qu'il n'é
entre l'excitation et la contractio

[1] Loc. cit

us les réserves faites, les
: Il a opéré sur des chiens
· 13 expériences, 8 furent

gardé en dernier lieu les
cacci. On est étonné, en
oms de ces deux auteurs,
ité du cerveau de l'animal
es ne prouvent pas cette
jamais proposé de prouver.
très forts sur l'excitabilité
nimal adulte, s'adresse aux

chiens et trois chats nou-
e ces animaux ; le jour de
i de la naissance de l'ani-
chiens, il écrit : *L'animal*

es mouvements de la patte
ent de cette patte. Dans
généraux des quatre mem-
rience. « Lorsque l'excita-
ssure, sur le corps calleux,
des pattes antérieures, et
énéraux des quatre mem-
r cela, l'animal étant un
t l'intensité du courant. »
mouvements étaient volon-

, après avoir constaté les
par l'excitation de la sur-
t et complètement la cou-
ont l'excitation donne lieu
diqués. L'excitation élec-
itions de la partie imméd-
actement aux mêmes phéno-
e. »
stance blanche ; il a répété,
s défectueuses, les expé-

riences de Soltmann, sur l'excitabilit
chez les animaux nouveau-nés. Voilà,
clut : pour lui la constitution histolog
rente chez l'animal adulte et chez le n
des réactions motrices dans les deux c
organiques de l'écorce cérébrale c
inexcitables.

Lemoine, comme Marcacci, du rest
que dans le cerveau il y a deux élém
différentes : la substance grise et la
l'apparition de leur excitabilité peut
chez l'animal nouveau-né.

Marcacci[1] abonde dans la directio
arrivé à la conclusion, à la suite d'u
prétation a été très critiquée, que «
aucun rôle actif dans la production
laires » (p. 174), il se pose le probl
que chez les animaux nouveau-nés la
n'est pas encore formée, son excitati
deux résultats :

« Ou la substance grise *(de l'anim*
et les fibres blanches par contre sont
trouver *(provoquer par l'excitation du*
même chez les animaux nouveau-n
nières sont déjà formées au momen
substance grise *(de l'animal adulte)* e
et alors je devrais trouver très jus
mann. »

Il suffira de faire observer encore
posé par Marcacci n'en est pas un,
bilité de la substance grise n'excluan
bilité ou l'inexcitabilité de la subst
nous cependant que dans son dilemn
provocation des mouvements par l'e

[1] Marcacci a publié son travail en franç
logie, I, p. 261, 1882) et en italien (*Giornale*
1882). L'édition italienne contient sur les a
coles d'expériences plus détaillés que l'édit
que l'édition italienne.

[2] Marcacci ne tient pas compte du fait q
ches ne possèdent pas encore leur myéline,
l'opinion de van Gehuchten, les rendrait ins

les animaux nouveau-nés reconnaît comme cause *l'excitabilité de la substance blanche et l'inexcitabilité de la substance grise.*

Voici le protocole des expériences de Marcacci :

« 1° Résumé des résultats de l'excitation du cerveau sur six chiens, enlevés vivants du corps de la mère (presque au terme de la gestation).

1er *mars* 1881. — On endort les six chiens en les plaçant sous une cloche remplie de vapeurs de chloroforme. On a chez tous les six une très grande difficulté pour l'anesthésie. On met à nu le cerveau ; en général hémorragie très petite. On excite la surface avec un courant à peine sensible à la langue, *aucun mouvement* (d'accord avec Soltmann). On renforce beaucoup le courant ; résultats incertains (id.). On excite beaucoup en avant, en enfonçant très légèrement, de 1 ou 2 mm., les électrodes dans la substance cérébrale [1]; *mouvements très nets des membres, même en employant des courants faibles.* En opérant de cette manière, on trouve facilement les mouvements constatés chez les animaux adultes » (p. 176).

Marcacci n'a donc obtenu aucun mouvement en excitant la surface cérébrale chez les six chiens extraits de l'utérus de la mère, même avec des courants très forts ; donc la substance grise a été trouvée par lui inexcitable. Par contre, s'il enfonçait les électrodes de 1 à 2 mm., il obtenait des mouvements. Nous pourrions nous demander comment Marcacci a mesuré la profondeur qu'il atteignait en enfonçant les électrodes dans la substance cérébrale ; la question aurait son intérêt, car chez l'homme, par exemple, la substance grise mesure d'après Conti, cité par Testut [2], de 16 à 33 dixièmes de mm., et d'après Tourneux [3], de 16 à 21 dixièmes de mm. Mais il est évident que Marcacci a excité, avec un résultat positif, la substance blanche.

« 2° Résultats obtenus par l'excitation électrique du cerveau de deux chiens et deux chats âgés de deux jours. »

Les résultats sont absolument les mêmes que ceux obtenus chez les six autres chiens. Je reproduirai donc une seule expérience :

10 *mars* 1881. — Petit chat. Narcose au chloroforme, mise à découvert du cerveau ; en appuyant légèrement les deux électrodes sur la surface cérébrale, on arrive à provoquer des mouvements pour les deux mem-

[1] Dans la rédaction française du travail de Marcacci, le fait *d'enfoncer les électrodes de 1 à 2 mm.* devient : *les appuyant légèrement dans la substance cérébrale.*

[2] Traité d'Anatomie, II, p. 663-664.

[3] Histologie, p. 695-698.

bres. Ces mouvements sont toujours
tation » (p. 176).

Dans ce cas, Marcacci aurs
appuyant légèrement les électrod
cacci a-t-il fait pénétrer aussi, c
substance cérébrale, *en appuy*
de ses premières expériences,
français ? Quelle sorte de mouv

Au cours de nos expériences
avons excité trois fois la zone m
12 heures, et un âgé de 5 jours
opérions sans narcose, et l'hé
très petite.

Les conclusions qui découlen
à notre avis, les suivantes :

1° La substance blanche sous-
la zone motrice chez l'adulte es
expériences de Soltmann, Bary,

2° Les réactions motrices qu
ment du 10e au 16e jour, Becht
Marcacci dès le premier jour, e
motrice des animaux nouveau-n
l'ont été (Bechterew), comme d
tance blanche peut donner tou
constatées sur des chiens chez l
n'étaient pas encore formées.

D'autre part, le seul auteur
latente entre l'excitation du ce
tion musculaire, a constaté qu'
différence entre la durée de c
que demande pour s'effectuer l
on pratique l'excitation sous-c
ne seraient donc que la transm
la substance blanche, à travers l

Il reste maintenant à expliq
s'accomplit à des dates différe
selon les différents expérimen
viduelles et de race y jouent ce
force du courant employé.

ctions cloniques par
motrice n'apparais-
es réactions simples,
ossible de provoquer
n mois des attaques
[illegible]
e méthode l'attaque
aque facilement pro-
s, l'autre de 22.
iste pas dès la nais-
près.

nouveau-nés.

ue qui existe entre
s chats nouveau-nés
ait intéressante l'ap-
chats et chiens nou-
pileptiformes.
ats âgés de quelques
ts :

Durée de l'excitat.	Conv. générales	
	Toniques.	Cloniques
1 s.	18 s.	rien
1 s.	23 s.	»
1 s.	18 s.	»
1 s.	16 s.	»
1 s.	15 s.	»
1 s.	12 s.	»
1 s.	14 s.	»
1 s.	20 s.	»
1 s.	20 s.	»

ouveau-nés, âgés de
du courant alterna-
es, tandis que chez
vie dans les mêmes
oniques.
que les convulsions
nés ; nous avons pu
ats.

Exp. XXXIV. — Chat né le 1er août
Convulsions toniques jusqu'au 17e jour
niques au 18e jour.

Electrodes nuque et gorge. Excitation

Août	Voltage	Co Toni
3	38	16
5	40	17
7	22	15
10	22	13
12	27	12
14	22	13
17	22	12
18	22	15
19	22	15

Et ainsi de suite jusqu'au 31 août,

Exp. XXXV. — Chat né le 1er août
Convulsions toniques jusqu'au 19e jour
niques au 20e jour.

Electrodes nuque et gorge. Excitation

Août	Voltage	Co Toniq
1	38	15
4	25	15
6	40	15
8	22	13
11	22	15
13	22	11
15	22	11
17	22	12
18	22	12
19	22	12
22	22	8
25	37	15

Et ainsi de suite jusqu'au 10 octobre.

Le chat n° VI n'a été suivi que j
vie, à partir duquel l'animal s'affai
de la suppuration de la plaie faite
et pendant tout ce temps, il n'a p
toniques.

Le chat n° VII a été suivi jusqu
présenté lui aussi que des con

ces ont été interrompues jus-
alors par excitation électrique
gorge) une phase tonique de
de convulsions cloniques de

noelle épinière.

moelle du chat nouveau-né peut
née transversalement, comme
ons toniques.

1.
nsversale complète de la moelle épi-

s. On applique pendant une seconde
veau de la section et à l'anus. Crise
2 secondes.

neures, nous avons obtenu dans
urant de 36 volts, des convul-
r pendant 15 secondes.
servé que l'ablation des deux
les quadrijumaux, ne modifie
sions toniques.

u soir.
rnatif, 38 volts, une seconde. Elec-
oniques générales 18 s.
sphères cérébraux jusqu'aux tuber-
ses réflexes, crie et tête.
conde. Nuque et gorge. Convulsions

ts nouveau-nés ont établi les

ntale, les chats nouveau-nes
convulsions toniques ;
n'apparaissent que du dix-hui-

ut donner dès la naissance des

s jusqu'aux tubercules quadri-
des convulsions toniques.

ıvulsions cloniques ne se manifestent pas chez les
ıveau-nés quand, comme il résulte des recherches
ıtales d'Albertoni et Bechterew, la zone corticale mo-
ɔut pas encore donner par l'excitation directe des
épileptiques. Les convulsions épileptiformes cloniques
ɔnt en même temps que l'aptitude épileptogène de

ɔtoire du reste que l'écorce cérébrale est la partie de
ɔro-spinal qui atteint la dernière son développement

ɛpériences sur les chats nouveau-nés prouvent donc
ır que la zone corticale motrice est, chez le chien et
ıat adultes, le centre exclusif des convulsions clo-

clusions qui découlent de toutes nos expériences sur
et sur les chats sont les suivantes :
chien et le chat adultes, le centre des convulsions
est cortical.
lle isolée peut donner des convulsions toniques aux

e joue probablement le même rôle pour les muscles

rie de Ziehen et de Bechterew, d'après laquelle les
ıs cloniques sont corticales et les convulsions toniques
est donc en partie exacte, mais ces deux auteurs
ıquée à tort à tous les animaux sans la limiter aux
aux chats adultes. L'interprétation de leurs expé-
r les lapins, rapportée à l'*Historique*, est donc erronée.
part, la moelle aussi bien que la base du cerveau,
chez le chien et le chat, à la production des convul-
ıues.

ıes applications à la pathologie humaine.

ıus bornerons à résumer ici les faits et les considé-
ı permettent de localiser chez l'homme les centres
lsions toniques et cloniques.

ɔoltmann[1] cite toute une série de lésions céré-
ɩuveau-nés, ayant évolué sans symptômes.
lare qu'il y a un chiffre important d'observa-
ons d'une extrême importancesont restées cli-
euses ou n'ont du moins provoqué aucun symp-
,vec leur localisation dans la zone rolandique. »
ɔot[2] écrivent : « Les convulsions chez le nou-
ıractère tonique qui indique leur origine spi-
ɩiennent cloniques que lorsque l'écorce céré-
ɜu. Les lésions corticales chez le nouveau-né
et ne se traduisent que rarement par des sym-

ɜ[4], après avoir cité l'opinion de Czerny et
Kinderheilk. 1894, p. 449) et celle de Fedele
)3, p. 426) d'après laquelle les convulsions
ɜ fréquentes chez les petits enfants, écrit :
t aller trop loin que de nier l'existence de
ıes à cet âge. Nous en avons observé nous-
ne chez un nouveau-né de quatre jours, et tous
a tête de services d'accouchements que nous
ɜ sur ce point, ont affirmé l'existence de secous-
ɩt âge. Les convulsions cloniques étant toujours
e, on peut en conclure que chez l'homme, con-
ıiens qui ont servi d'expérience à Soltmann, la
excitable dès la naissance. »
ns la plupart des cas la zone corticale motrice
excitabilité ni par les symptômes des lésions
es convulsions cloniques.
donc, le siège des convulsions cloniques est
ɜ convulsions toniques est basilaire sans parti-
ɩelle.

Conclusions générales[4]

ɔxpérimentaux nous autorisent à tirer les con-
s suivantes :

p. 266.
ɩes maladies de l'enfance 1900, 6e édition, p. 17.
ɩrès *français de médecine de Toulouse*, t. II, p. 393.
ont été communiquées avec un résumé de ce travail à
ɩces *de Paris* dans la séance du 27 octobre 1903.

centre [1] exclusif des con-
hat adultes. Le reste de
hez eux, que des convul-

s dans la série animale
le chien et le chat nou-
'écorce motrice n'est pas

ale chez le cobaye et le
iques. Chez le cobaye et
l'isthme de l'encéphale
lsif clonique.
, chez tous les mammifè-
ıent tonique; elle ne pro-

rovoque au contraire des

ıvulsif clonique remonte
ıle, de la moelle jusqu'à
chez la grenouille verte,
z le lapin, il devient cor-

ıns toniques est exclusi-
ıs cloniques est cortical.

—

peu communes du pied
cas de dislocation de

Genève le 14 janvier 1904.

LIARD
à l'Université de Genève

rement trois cas de frac-
communes. Etant donné
'assurance-accident s'est

ologique ne peuvent pas avoir
par le mot *centre* la partie de
soit des contractions succes-
ion persistante tétanique (con-

développée d'une façon si consid
jours plus exacte des fractures
point de vue fonctionnel, j'ai pe
rêt à publier ces trois observatic
les conclusions qui en découlent.

1° *D'une dislocation de l'épiph*
2° *D'une fracture isolée, par*
scaphoïde du pied.
3° *D'une fracture en coin de*
du coude et projection à distance

I. — Dislocation de l'épipe

Cette lésion est d'une extrême
tre sur les fractures du coude d
Dentu et Delbet n'en fait pas m
Traité de chirurgie pratique de
accorde à sa description cinq pe
la suivante : « Les disjonctions
dius sont peu connues, et, à vi
diagnostic ne peut être établi, a
sur les signes locaux qui sont le
ture du col du radius. La tête
d'ossification depuis la cinquièn
épiphysaire s'ossifie vers 17 à 1
plus vague. Aucun cas n'est
cription.

Il va sans dire que je n'envis
physaires isolées, et non pas cell
ment à une fracture des extrémi
du cubitus ou même du radius,
servé, quoique rarement.

Helferich, dans son *Atlas des*
borne à dire que la lésion en q
vient que chez les enfants.

Bruns, qui rassemble dans un
location épiphysaire unique s'e
fréquence avec laquelle les extr
est la suivante :

ıst at-
physe
ɔe in-

borer
avres
Fou-
seule-
physe

ɔment

e être
thèse
gé de
ınves-
arrive
suite
se su-
ıubles

cerne
tardi-

ıuteur,

ves, il ne fournit, par contre, aucu
sur la pathogénie, les symptômes e
qui nous occupe.

En fait, parmi toutes les assert
théoriques formulées par les autei
on ne rencontre nulle part la rel
preuve à l'appui.

Le cas que j'ai observé, et sur la
phie ne laisse planer aucun doute
importance et mérite d'être relaté

Fillette de cinq ans dont les ant
nels ne présentent rien de particulie
tique ou spécifique, qui, en sautant d'
sur le ventre. Son bras droit resta pris
ment contre l'angle d'un carreau faisant

Elle fut traitée pendant trois jours p
nant pas la vraie nature du mal, ordonn
de Goulard sur la région, puis l'envoya

A son entrée, on constate que l'av
flexion et en pronation. Le coude est le
surtout à la face externe du membre. L
tion sont limités. L'extension se fait
flexion est presque impossible, de même

Il n'y a pas d'ecchymose.

Il existe une douleur très accusée et
tête du radius. On perçoit à cet endroit u

Sous narcose, on constate que l'exten
la flexion, par contre, est légèrement e
complète, la supination n'a que la moit
perçoit toujours une petite saillie au
tente de réduire, mais en vain.

On place le membre sur une attelle c
pratique la radiographie du coude droit
matière à comparaison. (Pl. II, fig. 1 et

Voici les indications qu'elles fourniss

A droite, du côté malade, les extrém
bonne position. On ne voit nulle part
d'ossification de l'épiphyse supérieure
gramme du côté gauche (sain), manque
nettement qu'il est déplacé ; il a bas
rieure du radius au côté de laquelle il e

Une troisième radiographie prise lat
aucune fracture de l'extrémité de la dia

On procède alors à une seconde tentative de réduction, également infructueuse et on prescrit le massage et les douches de vapeur.

Quatorze jours après l'entrée de la malade à l'Hôpital, soit dix-sept jours après l'accident, on constate une légère amelioration. La tuméfaction du coude a un peu diminué. Il existe une petite ecchymose au-dessous de l'épicondyle et une autre plus étendue sous le poignet.

Les mouvements sont un peu plus étendus. L'extension de l'avant-bras est complète. La flexion est toujours assez difficle, et ne dépasse pas un angle de 30°. La pronation se fait sans difficulté. La supination, par contre, est limitée aux deux tiers de sa course, et quand on l'exagère, devient très douloureuse.

On perçoit toujours la petite saillie au niveau de la tête radiale; elle n'est pas mobile, mais moins douloureuse. A sa surface roulent les tendons des muscles épicondyliens.

On pratique alors une troisième tentative de réduction, facilitée cette fois par la diminution du gonflement et de la douleur, et qui est couronnée de succès. On perçoit la réintégration de l'épiphyse à sa place normale, ce qui est vérifié par la radiographie. (Pl. II, fig. 3).

Quatre jours plus tard le gonflement a presque disparu. L'ecchymose de la face interne du poignet existe toujours, celle du coude a beaucoup diminué.

Les mouvements de flexion, d'extension et de pronation sont normaux. Seule la supination est encore incomplète.

Lors de la sortie de la malade, soit 25 jours après l'accident, il n'existe aucun gonflement. L'ecchymose du coude a disparu, celle du poignet a une coloration noirâtre. La flexion, l'extension et la pronation sont normales. La supination est presque complète. Il ne lui manque que deux ou trois degrés pour avoir son amplitude normale.

Il n'existe plus aucune douleur, et on ne perçoit plus aucune saillie au niveau de la tête radiale.

J'ai revu l'enfant cinq mois plus tard. Tous les mouvements étaient normaux, on ne constatait aucune particularité dans la configuration du coude. Il n'existait aucune déviation dans l'axe du membre, aucun trouble apparent de la croissance.

Voici maintenant les considérations qui découlent de l'étude de ce cas.

Etiologie et mécanisme. — L'origine traumatique de la lésion ne faisant aucun doute, il est à remarquer ici qu'aucune affection constitutionnelle (rachitisme ou syphilis) ne peut être invoquée comme cause prédisposante.

La lésion a été causée par une force agissant *directement* sur l'extrémité du radius.

Les différentes péripéties (reconstituées très exactemen blable cette pathogénie : chut mais accompagnée de heurt saillant d'un carreau. Le b était replié sous le corps de l' en avant pour se retenir.

En outre le fait que la seu supérieure qui soit citée dan quence d'une extension for canisme ne peut absolument culier, ce fait, dis-je, me sem pathogénie.

La disposition respective (physaire du radius ne donna tion de la force traumatisan postérieure pouvait fort bien un cartilage épiphysaire à p protégé par une épaisse coucl

Je ne veux point affirmer q nation ou de supination, voir au moment donné, favoriser l sant saillir la tête radiale et e son au choc extérieur, mais je rôle de circonstance prédispo

Il semble donc bien établi q conséquence d'un choc direct, la rareté des lésions causées à

Il eut été intéressant, en ou couche la dislocation s'était p

Cette distinction a son im séquences ultérieures du trau

D'après les travaux de Br nowsky, Telke et Seffelmann prédire que : « lorsque la sép lage et l'épiphyse, l'os souffre Ollier ajoute que : la disjo limite même du cartilage, ma goïde normale. Cette particul vue de l'accroissement, car ce des plaies osseuses et non con

s sur les animaux, a montré
uisait non dans le cartilage
ssification et les plus jeunes

Cornil s'est occupé de la

est très difficile de se rendre
. D'après les radiographies,
ui fait l'objet de cette étude
le l'épiphyse la plus rappro-
:e qui, d'après les auteurs
tic.
es sans avoir rien de carac-

ent au niveau de la tête ra-
'une petite saillie aisément
iphyse déplacée.
accentué. L'ecchymose, par
faible. J'ai pu en constater
ıterne du poignet ; peut-être
ıatisme différent, ou n'était-
n épanchement sanguin qui
gaines vasculo-nerveuses ou
les.
ıte rien de particulier. Elle
lades qui ont une lésion du

représenté par l'impossibi-
ir complètement le coude et
de la supination.
s sont également limités.
son amplitude presque nor-
que la supination reste tou-
nt est également le dernier
s de la guérison.
dislocation de l'épiphyse su-
e sont les suivants :
au de la tête radiale.

du coude, plus étendue à la

4° Diminution de la flexion de l'avant bras sur le bras, *arrêt presque complet de la supination*, avec intégrité des autres mouvements.

Diagnostic. — Il est très délicat, mais doit absolument être établi et précisé avec le plus grand soin, sous peine des conséquences graves que pourrait entraîner le traitement mal approprié d'une lésion non déterminée.

Il faut le dire tout de suite : il ne peut être établi avec certitude que grâce aux rayons de Röntgen, sans lesquels la lésion passe le plus souvent inaperçue et est confondue avec une simple fissure de la tête du radius.

Il est donc de toute nécessité, chaque fois que l'on aura affaire à un traumatisme en apparence peu accentué du coude, accompagné des symptômes cités plus haut, chez de jeunes enfants, de faire la radiographie de la région malade.

Pronostic. — Lorsqu'elle est réduite, la dislocation de l'épiphyse supérieure du radius guérit rapidement et sans complications.

Méconnue et non réduite, elle peut entraîner des troubles dans la croissance de l'os qui se manifestent par la production d'un cubitus valgus.

Cette déformation, cela va de soi, se produit peu à peu et s'accentue alors jusque vers l'âge de 17 à 18 ans, époque où l'épiphyse se soude à la diaphyse.

L'expérience (cas de Seyberth) a démontré l'exactitude de ce fait, bien qu'il paraisse un peu douteux au premier abord. En effet, on sait (Ollier) que l'accroissement du membre supérieur se fait surtout au niveau de l'extrémité supérieure de l'humérus et de l'extrémité inférieure du radius, accroissement qui est environ cinq fois plus grand que celui qui se produit au niveau des extrémités articulaires du coude. Le cas de Seyberth montre bien cependant que cette participation de l'épiphyse supérieure du radius à la croissance du membre n'est pas à négliger, et que, si elle n'influe pas beaucoup sur sa longueur, elle peut modifier considérablement sa direction.

Traitement. — Il est des plus simples. Il consiste en première ligne à réduire la dislocation, ce qui n'est pas toujours facile. Au besoin la réposition sanglante s'imposera.

L'immobilisation combinée au massage précoce assurera la guérison définitive.

Lorsqu'il persiste une ankylose plus ou moins accentuée du coude, on prescrira un traitement orthopédique approprié.

tes la traction opérée par le
en raccourcissant les lanières
successivement sur les boutons

L'extension est ainsi contin
quelques séances les mouveme

On laisse l'appareil en place
ment chaque jour. Au momen
sent une douleur sourde dans
dissement et de l'extension de
tion et cette douleur disparaît

Cet appareil peut servir po
coude ankylosé. On supprime
rieure et on la remplace par d
sur la surface antérieure de l'a
ses deux extrémités.

Sa confection est des plus si
n'importe quel hôpital. Son pr

II. — Fracture isolée, non c (compression) du

Cette variété de fracture
Peut-être le deviendra-t-elle
l'usage de la radiographie se
que Kohlhardt, en 1898, semb
spécimen et depuis lors je n'
logue mentionné dans la littér

Les traités classiques sont,
très vagues dans leurs indica
Chirurgie de Le Dentu et De
du scaphoïde consécutives à
Borchardt dans le *Handbuch*
Bergmann et Mikulicz disent
tarse, par cause indirecte, son
vent être diagnostiquées à déf
pitation ou les rayons de Rön
l'appui de leur assertion est c
lerai plus loin. Kaufmann dit,
tures des os moyens du pied en
Helferich les signale sans s'y a

oint de vue de leur
:tionnelles doit être
ociétés d'assurance-
naître avec le plus
stic des lésions de

racture dont il est
le mon cas celui de
ion en sera des plus

ment une fracture
lu pied. C'était un
t arrivé sur le sol
ehors. Le cheval se
l dans le sens de sa
a un gonflement du
is aucun signe bien
u, on put percevoir
tibio-tarsienne une
n plus apparente à
uleur, au reste, di-
e malade commença
vint alors consulter
stance de la saille
accourcissement de
également surélevé.
es mouvements de
et très douloureux

ment la fracture du
qui est d'un centi-
ntimètre. Le cliché
omprimé entre l'as-
gments osseux sont
lu pied d'un demi-
veur du mécanisme

on de mon malade :

ût une chute dans un
e et tout le poids du

corps vint peser sur le talon. Relevé il ne put marcher et fut conduit à l'Hôpital.

A son entrée, on constatait les symptômes suivants : Gonflement du pied peu accusé, une ecchymose à la face dorsale. Petite saillie douloureuse au niveau du scaphoïde, crépitation à ce niveau. Mouvements de l'articulation de Chopart très douloureux ; ceux de l'articulation tibio-tarsienne intacts. On peut à peine distinguer un raccourcissement du pied. On diagnostique une fracture du scaphoïde par cause indirecte.

Le radiogramme (Pl. II, fig. 4) justifie ce diagnostic. On y distingue nettement l'existence d'un écrasement du scaholde dans le sens antéro-postérieur, qui a été comprimé entre la tête de l'astragale et le premier cunéiforme.

Quelques fragments font saillie à la surface du squelette et constituent la proéminence déjà signalée. Cette fracture est isolée et entièrement fermée.

Le traitement est des plus simples : Immobilisation passagère du membre avec application de compresses résolutives et massages.

Le malade guérit rapidement et marche au bout de quatre semaines.

Actuellement l'état du pied est le suivant : Il n'existe aucun gonflement et aucun œdème de la région. On perçoit toujours au niveau du scaphoïde une très petite saillie, mais elle n'est absolument pas douloureuse. Le bord interne du pied présente un raccourcissement de trois quarts de centimètre, mais la voûte plantaire ne présente pas de modifications sensibles. Elle est un peu plus élevée que normalement à 13 cm de distance du bord postérieur du talon, mais cette élévation est insignifiante.

Les empreintes ci-jointes témoignent du reste de la chose mieux qu'aucune description.

Les mouvements de l'articulations de Chopart sont un p
mais à peine douloureux. Le malade marche sans canne, av

Voici les conclusions générales que l'on peut b
comparaison de ces deux cas :

Etiologie et mécanisme. — L'existence d'une frac
non compliquée, du scaphoïde du pied par cause i
démontrée, mais semble être très rare. Elle résulte
pression de cet os entre la tête de l'astragale et
cunéiforme, compression qui a lieu lorsque la poi
est arrêtée par un obstacle et que le poids du c
objet quelconque suffisamment lourd vient peser s

Il est possible que chez les personnes qui ont u
arqué, le scaphoïde au lieu d'être écrasé soit luxé en
gaigne en a observé quatre cas), tandis que chez l
porteurs de pieds plus ou moins plats, la direction
traumatique n'est pas décomposée et l'os se trouve
dans un étau et broyé.

Symptômes. — Les symptômes de la lésion sont l

1° Gonflement diffus. 2° Ecchymose de grandeur
variable. 3° Douleur localisée au niveau de l'os e
4° Saillie plus ou moins accusée au niveau du scapho
tituée par les fragments de cet os. 5° Crépitation pl
perceptible. 6° Raccourcissement du bord intern
7° Intégrité de la voûte plantaire, ou bien exagér
voussure.

Diagnostic. — Le diagnostic doit être établi avec
en haut du scaphoïde, telle qu'elle a été constatée
auteurs et avec la contusion simple. Il ne présente p
cultés si le gonflement n'est pas trop considérable.
radiographie viendra lever tous les doutes, si l'on es
de la pratiquer.

Il importe ici surtout de ne pas confondre la fract
phoïde avec celles de l'astragale ou du calcaneum à
antérieure, ces dernières comportant un pronosti
rent.

Pronostic. — Le pronostic de la fracture du sca
compression, est le point le plus intéressant qui ressor
de cette affection, parce qu'il diffère essentielleme
des fractures du tarse postérieur, de l'astragale e
neum. Tandis que ce dernier est très défavorable,

uisque sur
réunir que
res indirecte
de (quatre à
lièrement ré
, après gué
pied, plus o
ächeuse sur
ffaissement
on cas, comr
la plante d
n debout, e
ohlhardt on

espondant a
reuse penda
importante,
qu'on obse
ures du cal
une import
pronostic d
e de celui des fractures du métatarse que de
es du tarse postérieur.

Il est des plus simples. Le repos au lit avec
sation du pied, l'application de compresses ré-
assage en feront tous les frais.
'obtiendra sans peine. Eventuellement, si les
nt une saillie trop volumineuse ou menacent
au, leur extraction deviendra nécessaire.

TURE EN COIN DE LA TÊTE DU RADIUS AVEC TION A DISTANCE DU FRAGMENT LIBRE.

nte une variété curieuse d'une forme de frac-
la tête radiale, et est particulièremont inté-
onsidère le résultat obtenu au point de vue

ns qui, travaillant à la construction d'une église, fit
n neuf mètres de hauteur. Il tomba sur les talons puis

Fig. 3.
L'épiphyse radiale est en place.

Fig. 5.

côté droit et son coude vint heurter un tas
de se retenir en portant la main en avant.
ıre du coude, il arriva dans cet établisse-
ıs : Gonflement énorme de la région qui
coude qui fait poser immédiatement le
.
iagnostic. (Pl. II, fig. 5).
le membre sur une attelle. Le gonfle-
augmente encore le jour suivant, puis

à 3 ou 4 cm au dessus de l'épicondyle,
une noisette, qui roule sous la peau. Vu
à une fracture de l'épicondyle, car je ne
grité de cette éminence à cause du gon-

ı fragment libre au condyle huméral, je
ı au niveau de la saillie osseuse en ques-
constate qu'il ne s'agit pas d'un fragment
environ de la tête radiale sectionnée en
mi tête à l'autre moitié qui est restée in-
mplètement séparée et par ce fait pouvait
ire tout simplement. La plaie guérit par
ıus l'influence des massages et de la mo-
ıts réapparaissent dans l'articulation.
l'accident, les mouvements ont leur am-
ıs la supination forcée on perçoit un pe-
e produit lorsque la demi-tête du radius
tourne sur l'un de ses angles. Le malade
ıe faiblesse du membre.

anisme de cette forme de fracture
a porté sur la main et très violem-
s en arrière, d'où sa luxation totale.
ıle pressée contre le condyle humé-
e sens de sa longueur, ce qui n'est
mobile a été transporté et refoulé à
ıs sous la peau à plusieurs centimè-
: n'ayant conservé aucune attache
ernier dans sa réduction et ainsi se
nde distance.
'ariété peu commune des fractures
tête du radius, qui mérite d'être si-
théorique, ses conséquences prati-
.

étendre ni sur les signes ni sur le diagnostic de la
ne permettrai, en terminant, deux mots sur son pro-
es conséquences fonctionnelles.
nier abord il paraît quelque peu douteux que le coude
rouver sa mobilité et sa stabilité premières lorsqu'il
.us qu'une demi-tête radiale pour assurer les mouve-
pronation et de supination. En réalité cette crainte
'ée. La cicatrisation de la plaie osseuse se fait norma-
le cartilage se reproduit aux endroits où il est néces-
s les mouvements récupèrent peu à peu leur ampli-
ıale et le membre retrouve sa force première.
on cas, on a vu qu'il se produit à la fin de la supina-
ıtit ressaut de la tête radiale sur le condyle. Il est dû,
nt à un angle de celui-ci qui n'est pas encore adouci
ttement. Il disparaîtra très vraisemblablement à son

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet, Paris 1896. T. II.
Handbuch für praktischen Chirurgie, de Bruns, Bergmann, Mi-
3, 2e éd. Tome IV.
:E. Handbuch der Frakturen und Luxationen.
'ie Fraktur des Radiuskopfchens. *Centralbl. f. Chir.* 1880. —
Lehre von den Knochenbrüchen *Deut. Zeitschr. f. Chir.* 1882.
'e von den Knochenbrüchen, *ibid.* 1886.
Handbuch der Lehre von den Knochenbrüchen und Verren-

ıE Traité des fractures et des luxations.
Traité expérimental et clinique de la régénération des os.
ı. Ein Fall von Epiphysenabsprengung am oberen Radiusende
utiver Entwickelung eines Cubitus valgus. *Thèse de Würtz-*
).
DT. Seltene Verletzungen der Fusswurzel. *Thèse de Halle*, 1898.
ıltene Verletzungen am Fusskelett. *Thèse de Bonn*, 1900.
. Beitrag zur Kenntniss der Längsbrucke des Radiuskopfchen.
eifwald, 1895.
BORCHARDT. Traité de chirurgie pratique de Bruns, Bergmann
1903.
N. Handbuch der Unfallverletzungen, Stuttgart, 1897.

ı Diphtérie est-elle transmissible par l'eau ?

ı Laboratoire de bactérologie du service sanitaire, Lausanne).

Par Frédéric SEILER et W. DE STOUTZ.

uestion a été posée déjà à plusieurs reprises, à l'occa-
éclosion soudaine de foyers diphtériques importants,
uels il semblait à première vue, que l'eau devait avoir

joué un rôle important comme agent de contagion. On a toujours nié cette possibilité de la contagion par l'eau. Les auteurs qui se sont occupés de l'étude du bacille de Löffler au cours de ces dix dernières années, ne semblent pas vouloir admettre cette contagion comme probable.

A plusieurs reprises, nous avons été appelés à déterminer si l'eau potable pouvait être contaminée. A l'occasion d'un cas récent, il nous a paru intéressant de faire quelques recherches suivies sur la manière dont se comporte le bacille de Lœffler dans l'eau potable. Les résultats que nous avons obtenus sont si intéressants que nous croyons devoir les communiquer au corps médical.

Nous sommes partis d'une culture pure de bacille de Löffler, très virulente, isolée par nous mêmes de fausses membranes et repiquée sur sérum et sur agar, présentant toutes les réactions caractéristiques. Nous avons ensemencé 10 cc. de bouillon normal avec cette culture. Le lendemain nous obtenons une culture typique du bacille de Löffler en bouillon, nous en faisons plusieurs préparations pour être fixés sur la forme.

Absolument certains d'avoir une culture pure, nous en introduisons une goutte dans un ballon d'un litre stérilisé, que nous remplissons d'eau distillée. Après agitation nous abandonnons le ballon à la température de 18° pendant 24 heures. En même temps nous ensemençons dans un ballon de trois litres d'eau ordinaire deux gouttes du même bouillon, et le plaçons dans les mêmes conditions que le premier.

Au bout de ce temps nous ensemençons une goutte de chaque ballon sur sérum et plaçons à l'étuve pour faire l'examen le lendemain soit 18 à 24 heures après environ. Chaque sérum ensemencé montre nettement deux ou trois colonies du bacille de Löffler ; examinées au microscope, ces cultures présentent tous les caractères du dit bacille. Ensemencées sur bouillon elles donnent des cultures types du bacille de Löffler avec leur voile caractéristique et toutes les réactions connues.

Chaque jour nous avons répété ces ensemencements sur sérum avec une goutte de l'eau contaminée, et régulièrement, nous avons pu, le lendemain, constater la présence du bacille de Löffler sur le sérum ensemencé. Le neuvième jour après l'ensemencement, nous avons encore pu obtenir des cultures sur sérum, avec l'eau du ballon de trois litres de capacité.

Dans une autre série d'expériences, nous avons introduit

dans un ballon d'un
d'une culture de bacill
ment agité le ballon,
goutte de l'eau contan
sécutifs. Chaque tube
ment la présence de l
plus curieux, c'est que
obtenue a augmenté a
prouver que le bacille
à la température ordir

Nous avons répété l
diphtérie dans de plus
environ. Dans ce cas é
bouillon, soit sur séru
bacilles de Löffler. N
cherches et voulons su
de sensibilité cette co
temps le bacille de Lö
conservant la propriét
germer dans les milie

Il va sans dire que
riences, aucune affirm
nous étudions ; mais
qu'elles sont, elles pr
naires, le bacille de L
Au contraire, il s'y co
et cela pendant une d
De là à conclure qu'il
il n'y a qu'un pas. Si
que la contagion de
boisson. On voit don
présente.

Nous devons ajoute
cilles coli et d'Ebert
niqué, empêchent la
Löffler dans les eaux.
faible, empêche totale
fler. S'il faut en venir
fler dans l'eau, il faud
que spéciale. Pour l
ensemençant l'eau dir

é du procédé en ensemençant
le bouillon normal et plaçant à
on dont quelques gouttes ense-
es cultures caractéristiques du

12 mars 1904.

ÉTÉS

OISE DE MÉDECINE

ore 1903, *à Gaia*

SSENBACH, Président

la *gastroentérostomie*. Après un bref
asse en revue les différents procédés,
iques. Il démontre la supériorité du
ie rétrocolique postérieure en Y —
en France et en Allemagne, et il
ion en général.

une observation nouvelle de *psy-*
jet qu'il avait traité à la séance de

, primipare, accouchée chez elle le
de forceps, déchirure du périnée.
légère de la déchirure. Trois jours
juillet, M. Weissenbach est appelé
r du cou 42 cm.) Pas d'exophtalmie,
re. La malade parle peu, n'a pas de
la nuit. Elle a peur et suit sa mère
reste stationnaire jusqu'en septem-
lie à l'Hospice de Meyriez. Elle se
e en ville. »

de ses collègues confirme le prétendu
rculose.

sie s'était déclarée après l'extirpation

t arrivé à l'hôpital, lors du dernier
ymptômes d'étranglement interne, et
entrée. A l'autopsie on trouva une
ne anse du colon. L'anse était gan-
ts, mesurait 1 ½ cm. Il y avait un
la plèvre.

Le Secrétaire : Dr TREYER.

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

Séance du 6 février 1902

Présidence de M. Campart, Président.

48 membres présents.

Le Président adresse, au nom de la Société, des félicitations à M. le Dr *de Cérenville*, qui vient d'être réélu Président de la Commission médicale suisse. Il souhaite la bienvenue à M. le Dr *Abee*, de Nauheim, qui assiste à la séance.

Il est donné lecture d'une circulaire de la Commission médicale suisse, tendant à provoquer au sein des sociétés médicale une enquête sur les conditions de la profession médicale dans le canton. Cette circulaire est renvoyée au Comité qui s'occupera spécialement de la question des assurances et de la défense des intérêts professionnels, comité composé de MM. *Krafft*, médecin à Lausanne, *Mayor*, médecin à Pampigny, *Vuilleumier*, médecin à Territet.

Le président lit une lettre de la Municipalité de Lausanne, demandant à la Société si elle serait disposée à patroner un Concours de Bébés à Lausanne, sur demande faite par le Comité du Concours de Bébés, à Arcueil-Laplace (Seine).

M. Campart, au nom du Comité, jugeant qu'un concours de ce genre ne se justifie pas à Lausanne, où la question de la dépopulation est bien loin d'être inquiétante (!), propose de refuser le patronage demandé. — *Adopté*.

M. le Dr *Gamgee*, de Montreux, adresse à la Société 6 brochures pour la bibliothèque.

M. J. Amann fait une communication intitulée : *Observations et remarques sur la bactériologie des entérites* et dont voici le résumé :

On pourrait croire que toutes les bactéries, très nombreuses et très diverses que nous introduisons dans notre appareil digestif avec nos aliments, se retrouvent dans l'intestin. Il n'en est rien : les conditions très spéciales de milieu des différentes parties de cet appareil suffisent pour éliminer la plus grande partie ou même la presque totalité des microbes adventifs qui, à l'état physiologique du moins, sont incapables de passer les barrières successives représentées par la bouche, l'estomac, l'intestin grêle, etc. Il paraît bien, du reste, que les différentes parties de l'intestin ont des flores bactériennes particulières, qui se sont adaptées aux conditions de milieu et dont le développement est réglé par la concurrence vitale des diverses espèces. Au point de vue physiologique, nous devons faire la distinction entre les epèces *parasites* ou *saprophytes* et les *commensales* ou *symbiotiques*, de même qu'au point de vue œcologique, nous devons distinguer des bactéries *obligatoires* ou *constantes* et d'autres *facultatives* ou *adventives*. Certaines espèces sont, du reste, *synergétiques*,

tandis que d'autres sont *antagonistes* : protéolytes et saccharolytes. A sure que l'alimentation devient plus compliquée, la flore de l'inte devient plus complexe. Sa composition varie aussi suivant le fonctio ment normal ou anormal de l'intestin et de ses annexes.

M. Amann cite un certain nombre d'observations qu'il a pu faire la flore de l'intestin dans certaines formes d'entérites aiguës ou chr ques. Il fait circuler des figures dessinées d'après des préparations mic copiques relatives à ces observations, dont les principales sont les vantes : 1° Entérite chronique à *Proteus vulgaris*, chez un enfan 26 mois. 2° Entérite aiguë à allure typhoïde, à pneumocoque, suivi méningite mortelle. 3° Entérite tuberculeuse. 4° Entérite à gros ba protéolytique voisin du *B. mesentericus*. 5° Entérite à infusoires *Ba tidium coli*.

M. le prof. Galli-Valerio fait remarquer que l'entérite à *Ba tidium coli* est plus fréquente qu'on ne le croit en général. Elle n'est rare en Russie, où plus de quatre-vingt cas en ont été publiés. Le Bal dium coli s'observerait surtout dans les entérites accompagnées d'ul tions de l'intestin.

Il fait ensuite une conférence sur l'*immunité*. Il expose en résum théories de Pasteur, de Chauveau et celle de la phagocytose et p ensuite à l'exposition de la *Seitenkette* ou théorie d'Ehrlich (forma des antitoxines, des agglutinines, précipitines et coagulines, des cy sines). Il démontre les résultats pratiques de l'étude du problème de l munité.

Le Secrétaire : Dr A. Lassueur.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GENÈVE

Séance du 3 février 1904

Présidence de M. le Dr Goetz, Président

34 membres présents.

Le président communique les distinctions qui viennent d'être décer à deux membres de la Société : M. *Bétrix* vient d'être nommé mem correspondant de la Société gynécologique italienne, M. Aug. *Reve* membre associé de la Société de chirurgie de Paris.

M. Audeoud fait la communication suivante sur un *nouveau traite de la coqueluche :*

« S'il est, dit-il, une maladie contre laquelle les essais thérapeuti ont été nombreux, sans être jusqu'à ce jour concluants, c'est certes la coqueluche. Quoi donc d'étonnant que chaque année voie éclore c que nouveau traitement qui donne des résultats encourageants entr mains de son auteur, mais cède bientôt la place au suivant. C'est qu'à la fin de 1902 un médecin préconisa les inhalations indirectes 1

avec un mélange de camphre, d'hui
fut lancé dans le commerce sous le
naturellement comme « un remède t
contre la coqueluche, guérissant co
jours. »

« Nous avons pu essayer ce nouve
communiquer ici les résultats obten
la forme d'une poudre blanche, cris
elle s'emploie de la manière suivan
de dimensions petites ou moyennes,
plateau supportant une lampe à alc
trouve une cassolette consacrée à e
tiède additionée d'une cuillerée à so
d'abord sur le liquide, puis s'y diss
tion, l'odeur caractéristique se répan
La vaporisation complète de l'eau
l'enfant reste une heure dans la ch
comme si de rien n'était. La séance
dans les vingt-quatre heures. Il faut
sont susceptibles de s'enflammer, si
est arrivé plusieurs fois, sans aucun
prescrit aux parents de faire la peti
meil de l'enfant, et de laisser celui-c
spéciale.

« Ce traitement est assez analogu
1899, vaporisations de naphtaline si
les résultats à cette société (*Rev. mé*

« Les petits malades le supportent
nous avons eu un incident : chez un
le deuxième jour du traitement, pen
marquée, qui a cédé pour ne pas
présenté après la première inhalation
tante pour faire suspendre les vapori
sous une forme très légère, les quint
en 24 h., ne durèrent qu'une quinza

Nous avons soumis à ce traitemen
d'un âge variant de 5 mois à 9 ans.
legères, avec 10 à 13 quintes en 24 h
à 39 quintes ou accès de toux quint
miers remplacent souvent complète
seule forme grave avec 66 quintes,
miers jours et de la congestion pulm

« D'une manière générale on peut
sement influencées par le traitement
et moins intenses, mais leur nombre

dement, leur chiffre a décliné peu à peu; quelquefois il a augmenté de 2 à 16. L'expectoration a été plus abondante et plus facile. Le traitement a duré d'un jour à six semaines et demie avec une moyenne de quatre semaines par enfant, ce qui montre bien que la guérison n'a pas été immédiate. La période des accès varia en effet de 2 ½ à 9 semaines (moyenne 5 ½ semaines) et la durée totale de la maladie de 4 à 13 semaines (moyenne 7 ½ semaines). On voit par ces chiffres qu'il ne faut pas parler de la guérison de la coqueluche par cette médication, mais on peut reconnaître que l'intensité de la maladie a été certainement diminuée et que sa durée a été quelque peu raccourcie. Tous les enfants ont guéri, mais il est vrai de dire qu'ils étaient soignés chez leurs parents, et l'on sait que la mortalité est toujours beaucoup moins forte pour la coqueluche à domicile qu'à l'hôpital. »

Après avoir présenté un tableau résumant ses observations et toute une série de graphiques à l'appui, M. Audeoud conclut comme suit :

1° L'antimicrobine n'est nullement un remède spécifique contre la coqueluche, son emploi n'est pas toujours inoffensif.

2° Employé avec prudence, il est bien toléré par les enfants; il semble diminuer l'intensité de la maladie et en raccourcir quelque peu la durée. Il peut donc rendre des services, surtout pour le premier âge, et mérite d'être conservé pour le moment.

M. Bard, frappé du fait que l'application de ce traitement a donné deux accidents sur treize cas, demande à M. Audéoud ce qu'il pense de la toxicité de cette substance et propose un moyen de l'étudier expérimentalement. L'expérimentation sur l'animal montrerait peut-être qu'il existe une analogie entre l'action de cette vaporisation et celle des lampes fumivores dont M. Bard a naguères démontré la grande toxicité.

M. Audeoud répond qu'il n'est nullement prouvé que les accidents qu'il a notés chez deux de ses malades, dyspnée dans un cas, cyanose dans l'autre, doivent être mis sur le compte du traitement.

M. Charles Julliard, chef de clinique, expose les résultats qu'il a obtenus à la suite d'*injections d'eau salée dans les cas de tuberculose chirurgicale*, injections auxquelles on attribue d'ordinaire une valeur toute spéciale dans le diagnostic des affections pulmonaires de même nature.

Il a choisi 24 malades du service de chirurgie, tous apyrétiques, et chez lesquels le diagnostic ne présentait aucune incertitude. Tous les cas douteux ont été soigneusement écartés. Ces 24 malades présentaient des lésions variables, dont les modalités cliniques étaient souvent fort différentes les unes des autres; il y avait : 2 caries osseuses, 3 maux de Pott, un avec, les deux autres sans abcès par congestion, 5 arthrites chroniques non suppurées, 3 suppurées, 2 abcès froids sous-cutanés, 1 épididymite tuberculeuse, 1 lupus, 1 spina ventosa, 1 cystite, 1 tuberculose ganglionnaire du cou, 1 rhumatisme déformant, 2 fistules anales et 1 mastoïdite. Au point de vue pulmonaire : 19 malades présentaient des lésions torpides, non appréciables ou nulles, 3 étaient porteurs de lésions de

moyenne intensité et 2 présentaient
rapide.

On injecta chez ces malades 150 gr
température fut prise toutes les de
24 h. avant et après l'injection. Voic

Les cas peuvent se diviser en trois

1° Ceux qui ont présenté *une cour*
tion. Ces cas sont au nombre de 16,
taient les modalités les plus différen
gical, 3 étaient en voie de guérison,
1 la maladie était en progrès ; au poir
des lésions torpides ou nulles, 2 de
progressives.

2° Ceux qui ont présenté après l'in
thermie a varié de $^{4}/_{10}$ de degré à 1
de 2, soit le 8,3 °/₀ ; au point de vue
en voie de guérison, et au point d
taient des lésions torpides.

3° Ceux qui ont présenté après l'in
dépassant 38°. Ces cas sont au nomb
sent comme suit : 4 malades ont prés
38° à 38°,4 ; ils étaient tous en voie
au point de vue chirurgical ; au poin
sentaient des lésions torpides ou null
rapidement. 2 *seulement* ont présenté
et franche, allant à 39°,4 et 39°,9. De
d'un mal de Pott à l'état stationnaire,
inquiétant depuis plusieurs années,
articulaire du genou, progressive (il
deux ans auparavant, pour la même

Ces deux cas ne forment donc que
tion bien faible. L'élévation de temp
l'injection, eut une durée de quatre à
le lendemain.

M. Julliard ne veut pas encore se p
procédé, le nombre de ses expérienc
cependant à constater un fait, parfait
tuberculoses chirurgicales certaines, d
très variables, deux seulement, soit
l'injection d'eau salée. Ces résultats n
mettent de mettre en doute la valeu

M. Julliard se propose de continu
prétendu que le procédé n'avait de
positif, il injectera des personnes inde
que l'on peut en juger), afin de voir s
l'occasion.

ncore, c'est que les deux malades qui
, se sont beaucoup plaint au moment de
as pour les autres.
nt être en désaccord avec ceux obtenus
noteurs de la méthode, mais il ne fau-
rergence qu'on ne puisse tirer aucune
e procédé. En effet, d'après les résultats
ffections médicales, l'inconvénient de la
facilité de réaction produite par l'injec-
que possède également la tuberculine.
ices de médecine, comme dans celle de
er de valeur à l'absence de réaction pour
uleuse de l'affection ; par contre on peut
sitif. Dans le service de clinique médi-
resque journellement depuis trois ans,
cas de tuberculose avancée ; on considère
passant 38°5 et ayant plusieurs heures
de a une valeur réelle.
oint du fait que les tuberculoses médi-
uberculoses locales froides, scrofuleuses,
de réagir à l'injection d'eau salée. Il
stent encore à résoudre dans cette ques-
aCl donne-t-elle de la fièvre aux tuber-
lle aux tuberculeux seuls ? Pourquoi le
lutôt que d'autres sels ? Y a-t-il là une
NaCl ? M. Revilliod rappelle les travaux
s la pathogénie des œdèmes et les faits
onisme entre les œdèmes et la tubercili-
dier si les injections d'eau salée ont quel-
a tuberculose et quelles sont les réactions
tres solutions salines.
s'explique pas non plus pourquoi la réac-
chez ceux de ses tuberculeux chirurgi-
ns pulmonaires.
de l'injection par rapport à la lésion
e au point de vue de la réaction.
emarquer la chose. Il ajoute que la réac-
chez les nombreux malades non tuber-
ons, souvent très abondantes, d'eau salée
réaction fébrile revêt donc bien un carac-

nouveau *dilatateur utérin* destiné à remé-
celui de Bossi. Il a le grand avantage de
e et d'être muni de quatre bras qui peu-
pérateur et au fur et à mesure des progrès

de la dilatation, contre d'autres bi
surfaces de plus en plus larges. U
instrument se trouve dans un artic
Archiv für Gynäkologie, Bd. 70, I
chanischen Erweiterung des Cervi
rend der Schwangerschaft und der

M. Gautier, qui a lu ce mémoi
modifié, dans la communication qu
cées dans son premier travail, c
comme dangereuses. Il relève une
Seigneux semblait préconiser la gé
que, même dans les conditions no
déré comme une opération chirurg
cheur seul. M. Gautier s'oppose à
mentale, nullement dépourvue de
gaire. Il demande qu'avant d'en ar
dangers de cette intervention et q
la dilatation forcée s'impose absolu
rant moderne qui tend à substitue
au médecin de famille et montre
accouchements et le soin du nouv
« Hausartzt ».

M. de Seigneux fait quelques re
mémoire relevée par M. Gautier e
directeurs de cliniques universitai
sa méthode, avant d'être généralis
les cas où la dilatation forcée est
poser nettement les indications et
fait observer que dans les cas d'ac
procédé en question, il s'agissait c
était dans ce cas d'une utilité inco

M. Eug. Revillion présente un
Maison des enfants malades par M.

Garçon de 7 ans, malade depuis
précédemment d'appendicite ; périt
apparent dès l'ouverture de la cavi
de l'appendice, qui contient un v
plus petits. *I*

Séance du 11 février 1

Présidence de M

27 membres présents. 12 étrang

M. Guder, à propos de la lectu
28 janvier, dit que la pommade pr

eu de cocaïne qu'elle ne peut avoir

de atteint d'*anémie botriocéphalique*

n service pour faiblesse et vomisse-
iagnostic précis. Depuis des mois il
iblit progressivement. Lors de son
ge d'estomac, qui ne ramène rien,
in on constate un emphysème sous-
laire droite, emphysème qui n'est
ne régurgitation assez continue de
reuses cellules épithéliales pavimen-
mblant à ceux du muguet. M. Bard
che œsophagienne avec œsophagite,
re de la poche produite par le lavage.
teints de *kérion* montrés à la séance,
guéri, sans épilation, par des panse-
s de teinture d'iode. L'examen des
ant a fait découvrir dans l'étable de
t de teigne ; les poils de l'animal
microscope leur envahissement par

lade atteint d'*insuffisance aortique*
on constate sur l'une des sygmoïdes
nversée en dehors et qui, en vibrant,

nant d'une femme opérée de l'*hysté-*
le service de M. le prof. Jentzer
es kystes sont en dégénérescence
t-il d'autant plus sévère qu'il y a

Le Secrétaire : Dr Ch. Du Bois.

'avaux de la Société médicale en 1903.

du 6 janvier 1904

BRET, président

rères,

ière présidentielle, il me reste
nier devoir statutaire en vous
notre Société pendant l'année

1903. La vie est bien le mot de la
vité peut être qualifiée de très viv
mort n'a fait aucun vide parmi no

Huit nouvelles entrées, celles
Nicati, *Ch. Julliard, Dubois, Tiss*
et une rentrée, celle de M. *C. Rey*
nos membres titulaires à 90; celui
de 3 membres, MM. *Hilt, Dunant*
démissionné comme membres titul
l'honorariat.

Ce nombre de *90 membres titula*
qu'ici ; nous serions heureux de le
tion absolue était parallèle à l'aug
bres de notre Société par rapport à
genevois, mais celui-ci prend de te
ques années que le faible apport d
n'est pas pour compenser les quelq
médecins autorisés à pratiquer à G
vons pas à la proportion de 1 : 2, p
environ 210 médecins pour tout le

Ce fait est regrettable et, co
minorité. Je sais bien que toute m
consolation de penser que la quali
par la sélection même qui a présid
peut être que minorité, elle s'en f
consolation, j'admets ce raisonne
Société médicale pourrait gagner
ment était plus intense ; d'autre p
tout avantage à faire partie dans
Société ; l'homogénéité, la cohésion
nécessaires à ce corps, ne pourrai
vieille école de probité scientifique

Ces deux qualités furent sans
Dr *Ducellier* dont le corps médical
depuis longtemps il ne faisait plus
rappelons toutefois qu'il y entra e
A lui notre meilleur souvenir, à sa
thie.

Avant d'aborder le résumé de n
ques mots de nos relations avec le
puis avec nos Confédérés.

: *Madrid* et le *Congrès de Thalas-*
leux fixés au printemps de 1903,
ıtre nous des aspirations aux splen-
ı mer bleue, d'Alhambra, de toréa-
ıs pour abréger les longueurs d'un
ıtèle grippée, sans compter que les
avance, où tout était prévu et cal-
:harme tentateur en promettant...
ı préoccupations extrascientifiques
désaccord survenu entre le Comité
ational de Paris et celui du Con-
eprochant à l'autre d'avoir apporté
ıentaires aux Statuts du Congrès.
oid sur l'enthousiasme des futurs
omité suisse de propagande avec
ı médecins suisses et des genevois
yage de Madrid, fut très restreint.[1]
recueillis de leur visite semblent
ris n'avait pas tort et que l'organi-
ıelque peu à désirer. Après tout,
ı fleurs et les toreros connaissaient

ı Midi nous arrivons de plein saut
e et le brouillard nous tinrent fidèle
Société vaudoise de médecine, le
:, 13 et 14 juin fut empreint d'une
très aimable présidence du prof.
trois ou quatre cents confrères de
ɜ se retrouver au bord de ce beau
ent merveilles. Du lac et de ses
rut qu'à travers brumes et colonnes
du pays envoyèrent à notre fête
ous la forme de flacons nombreux,
listingués. Parler de sourires sans
qui honorèrent le Congrès de leur
ıccomplissement d'un devoir, aussi

de signaler l'honneur fait à l'un de nos
ıbre des présidents d'honneur de la Sec-
ıe, il présida en cette qualité la séance du
propos d'un rapport de M. Doléris sur le
ennes.

éable qu'impérieux. Je n'entrerai dans le détail ni des nces, ni des banquets, ni de la soirée vénitienne de Beau-'age ou des réceptions particulières, ni de la course à Caux de la réception à Montreux ; tout a été dit en temps et lieu ir la *Revue médicale*). Qu'il me soit permis de constater la ine réussite de ce Congrès, le premier depuis la nouvelle anisation de la Chambre et de la Commission médicales sses, le premier qui nous ait donné conscience de ce nouveau age et de son fonctionnement.

De Lausanne à Ouchy la distance n'est pas grande, un bout *ficelle* suffit à la mesurer et à la franchir. Le 29 octobre, la *iété médicale de la Suisse romande* avait recours à cette lle pour cultiver une fois de plus à Ouchy la confraternité dicale et apprécier l'hospitalité vaudoise. Sous la présidence M. *de Cérenville*, président du Comité romand, nous entenies le rapport de ce dernier sur l'activité de la Société nande et ses relations avec la Commission et la Chambre dicales, puis un travail de M. *Vulliet* sur la chirurgie des es spermatiques, une présentation de bassin fendu de *Muret* et un chapitre d'histoire médicale de M. *Léon Gautier* les chirurgiens de Genève de la seconde moitié du XVIe :le, tous travaux très intéressants et fort bien présentés. question de l'assurance fédérale contre la maladie et les idents fut traitée dans un rapport de M. *Patry* et la discusn qui suivit permit de poser quelques jalons pour l'étude de te question qui va s'imposer à toutes les Sociétés médicales l'intermédiaire de la Commission médicale.

Pour clore le chapitre des relations confédérales, je vous rapple que vous avez, sur la demande du Comité romand, prorogé ne année le mandat de vos délégués au Comité romand qui t en même temps vos délégués à la Chambre médicale sse et cela pour faire coïncider l'échéance des deux mandats. délégués, qui sont pour Genève MM. *Gautier* et *Jeanneret*, tinueront à soutenir vos intérêts, en particulier dans les estions importantes de l'Assurance et du Code pénal qui vont e mises à l'étude.

Revenant à l'activité spéciale de la Société médicale de nève, je vous rappelle une petite modification non à nos sta-s, mais à nos habitudes ; c'est, sur la proposition de M. Clarède, le séjour moins prolongé des *périodiques* à notre local ; rès discussion, on décida leur transfert à la Bibliothèque

ᵉʳ octobre pour ceux du premier
et le 1ᵉʳ avril suivant pour ceux

lus de deux ans, l'institution des
fait ses preuves et nous les consi-
portant de notre activité scientifi-
grément de tous, nous avons dû
tail et adopter une réglementation
a bonne marche de ces séances.
era pas son compte, mais il nous
tée à l'Hôpital aussi bien qu'au
s dans le vieux local de la Haute
quinze minutes dans les auditoires
our toute communication annon-
n y relative, chaque orateur aura
s propres réflexions et y venir, au
nnel. Mis en pratique dans la der-
ée, ce nouveau mode de faire a
s. La présence du chronomètre sur
pour prévenir toute tentative de

on froide, le zèle pour les séances
saison chaude et, sur la proposition
l'instigateur de ces séances, elles
s vacances de Pâques. Pour ne pas
réunions du jeudi, même dans la
nces à la campagne. M. *Martin*
cette idée en nous conviant le
charmante réception nous y fut
confrère. M. Martin assisté de
n détail toute l'installation de ce
admirablement situé sur la col-
es, scrofuleux et anémiques des
a plus grande générosité dans ce
jours prolongés et suivre les trai-
rtent leur état. Honneur à notre
philanthrophique, merci à sa
pitalité !
médecine officielle, après Pinchat
nt auquel notre qualité de contri-
lroit de propriété. Le Prof. *Weber*

nous fit parcourir les divers quartiers
passage avec sa compétence habituelle
frappant, ou relevant avec sa malicieu
cularité administrative ou architectu
logique.

Terminerai-je la liste déjà longue d
disant qu'à Bel-Air aussi il y eut table
diale? Non pas, car je dois l'augmente
deux invitations du Comité des *Bains*
Société médicale, en octobre à l'inaug
tard, en novembre, à une séance de
suivies toutes deux de visite au buffet.
indispensables au sortir du bain turc
gations. On exige un bon estomac de
vue, mais à parcourir nos annales, je
decins doit être robuste pour résister
tendent l'hospitalité, la confraternité
réclame. La création des Bains de G
avons pu constater que leur installatio
aux desiderata du corps médical.

J'arrive maintenant à nos séances r
a été de dix ordinaires, une extraordi
niques, soit en tout vingt séances fréq
de trente membres, qui représentent
c'est trop peu, mais pour une ville a
que la nôtre et pour des personnages
précieux, cette proportion est encore
fréquentation a été un peu plus fo
Casino que pour celles de l'Hôpital,
une moyenne de 32 membres, les seco

A mainte reprise des étrangers à l
futurs ou déjà jeunes confrères, ass
venus nous honorer de leur présence e
Nous aimons à les voir au milieu de
futurs membres de la Société médical

Deux séances ont été consacrées
provoquée officiellement à propos d
opérations sur les voies biliaires ». L
précédente par un rapport magistral
être complété ultérieurement par l'é
ques obtenus par nos chirurgiens. C'

Julliard, Kummer et *Jeanneret*
ion. Le 3 juin les médecins pri-
nant les résultats du traitement
s voies biliaires ; M. *Vallette* en
le ce genre traités à la Clinique
s deux séances il y eut échange
s (MM. *Bard, Mayor, D'Espine*
déjà nommés plus haut). Ils ne
uisque l'on put ouïr des chirur-
médical et des médecins recom-
ion chirurgicale. Le Prof. Bard,
sans de la temporisation quand
e, de laisser prolonger inutile-
retentissement fâcheux et défini-
comme ailleurs, il faut être sa-
ter ou temporiser, suivant les
rir. Le succès d'un traitement
ve de sa supériorité.
core une conclusion, c'est qu'elle
le résultat cherché en suscitant
l'intérêt général. Ces considéra-
M. Maillart à suivre l'exemple de
rapport, dans un temps pas trop
e des suites lointaines des opé-
buera à son tour à cet élément
notre Société.
rcourant les procès-verbaux de
iaux ne suscitent pas ou presque
que de spécialisation à outrance,
à l'écart, il devient timoré et
marque intéressante, maint cas
inant qu'il serait téméraire à lui
1 dernier cri du spécialiste en
n médecine tout se tient. Il peut
e s'appliquer plus spécialement
le domaine entier des connais-
cquis à tout médecin digne de
: *Nihil medicinale a me alienum*

elles peuvent se ranger sous plu-

Pathologie interne. —
anamnèse fort détaillée, M.
atteint de dystrophie vei
des vaisseaux était dûe à la
vre typhoïde à forme cér
au douzième jour donna à l
l'occasion de parler d'une
à Grange Canal.

Le Prof. *Bard* présenta
sie d'origine cérébrale. Un
comme rétrécissement ext
au cours d'une laparatomie
lité un rétrécissement de
végétations de la muqueuse

M. *Long* nous entretint
plaques. A propos de trois c
les qu'il crut pouvoir attribu
fit part de l'utilisation des i
de sodium comme moyen d
Revenant sur le traitement
selon la méthode de Riche
ques résultats favorables
et Eug. Revilliod et Mayo
sans nier la valeur relative

Tout spécialiste très sp
nous intéresser par la pré
éthylique du type Korsako
blit à propos de la paralysi
sans base anatomique et la
tum macro et microscopiqu
nous fit part de ses remarq
le régime des aliénés et no
n'était pas pour le mieux d
Grand Conseil s'en occupe,

Avec M. *Vallette* nous ne
chiâtrie puisqu'il nous parl
occupant le corps calleux et
des symptômes psychopara

Pathologie externe. —
dice en partie amputé spon

Le Prof. *Julliard*, toujou

naler un cas de mort par le
re-partie un cas d'accident
e fatale.
ineuse occupant la région du
ɜ d'une ponction et diagnosti-
ıe lipôme arborescent ayant
ı M. *Jeanneret* cite un cas de
sur la ligne âpre du fémur,
kil. 250. Ces deux cas feront

ıéri un blessé atteint de per-
ıvec issue abondante de ma-
ı suite d'une violente contu-
age abdominal très copieux
auffée à 40°.
d'un épulis contenant de la
l'humérus pour lequel il dut
d'un kyste séro-sanguin du
ıt nécessita la résection de son
ıtre MM. Julliard prof., Kum-
uquel il résulta qu'en matière
économie et qu'il fallait tré-
ue fois que faire se pouvait.
ıose, il y a de quoi!... et
ı même individu deux frag-
énum, l'un de 0m50, l'autre
. malade que nous avons vue
séance de l'Hôpital. Il s'agis-
x multiples du tractus intes-
cœcum fut également réséqué
rateur.
ıtalmique par la ligature des
e bien ; ses malades aussi. Il
ıte de la queue du pancréas
ponnement de la poche puis
venirs d'Orient, il nous a
arméniens à Constantinople,
sa qualité de chirurgien de
cours de son art.
llette de sept ans opérée pour
e inguinal ; le sac renfermait

Dans un cas de pseudarthrose con
verte comminutive du tibia, M. *Pa*
dation spontanée par l'application d
tion lui a donné un beau succès en
nerveux occasionnés par une fracture

Toujours ingénieux dans ses trou
dans ses démonstrations, le Prof. *A*
senté opérés trois becs de lièvre simp
ble avec fissure de la voûte palatine;
la restauration de la voûte par l'emp
invention. Une destruction de la cloi
et une destruction bien plus étendue
ainsi qu'une large brûlure de la face
rations autoplastiques réussies où l'in
thique de notre confrère ont pu donn
volumineux chez un patient de M. *A*
cette particularité qu'à un développe
pause a succédé un développement t
une orange quinze ans auparavant
volume d'une tête d'enfant au mome

Le Prof. *J.-L. Reverdin* a opéré
perforé avec péritonite suppurée diffu
reux dans un cas de cancer du rectu
après l'extirpation.

Il a présenté la membrane d'un ky
par laparotomie, extirpation du kyst
tice, sutures du foie et réduction imm
cavité abdominale, suivant la méthoc

Le traitement des ulcères variqueu
chaude à 45° ou 50° a donné de bons
qui le préconise comme efficace et ra

Obstétrique et Gynécologie.— U
de l'ovule après ablation partielle de
fourni à M. *Bourcart* le sujet d'un tr
l'obstétrique, la gynécologie et la ph

M. *König*, assistant à la Maternité,
accouchement dans un cas de bassin
et mort consécutive, due probableme
riente était albuminurique.

Dermatologie et syphiligraphie.
quablement pauvre en affections cuta

dermatologique ait suffi à les faire
ent su les découvrir ou tout au
s en jugeons par les présentations
ui ont été faites en 1903.
dème aigu des paupières chez un
gnostiqué urticaire et rattaché à

M. *Bourdillon* a été ramené par
, un lichen de Wilson, M. Oltra-
ı ruber n'est en somme pas un

ralisé fut présenté par M. *Dubois*.
philitique du nouveau-né, le Prof.
tères distinctifs des divers pem-

cater les heureux effets de la médi-
ans un cas de syphilis galopante
r successivement devant nous des
• chevelu, des herpès circinés, une
e et épithélioma du nez chez le
spécifique guérissant le psoriasis,
r l'épithélioma ; une épithélioma-
nation par places de l'épithélioma
émateux faisant le tour de la bou-
ite chronique. A l'occasion d'un
ıtré des moulages en cire parfaite-
rts industriels de notre ville.
Guder, nous avons envisagé des
mplètes des cordes vocales par
englobement de ce nerf dans des
avons extirpé des tumeurs intra-
es caverneux, etc.
of. *Mégevand* a dû éclairer la jus-
; il nous fait part, ce sont : une
base du cerveau par traumatisme
instrument tranchant, les plaies
l'arme, celle-ci étant la même
strangulation manuelle n'ayant

es de médicaments anciens et nou-
thérapeutes : le véronal, nouvel

hypnotique par M. *Habel*
neuses chez des lapins tu
déïne et l'apodionine ainsi
qui a présenté également
présentant outre les lésion
mateuse, des altérations c
la quinine dans les accès d
la théocine par le même. I
une substance gélatineuse
tiseptique et destinée à lub

Physiologie. — M. *Bo*
cluantes sur le chien pour
cœur par le massage sous-
respiration artificielle dan

M. *Habel* a exposé une n
la motricité de l'estomac.

Avec le Prof. *Prevost* n
complète de la mœlle épini
après section expérimental

M. *Roch*, assistant du P
a démontré l'insuffisance
déceler dans l'urine la pré
bile.

Enfin M. *C. Reymond* a
graphique de son inventio

Bactériologie.—Le str
sérum antistreptococique c
tandis que le Prof. *Massol*
ploi des sérums normaux e
de prévenir l'infection.

Anatomie pathologique
on a recueilli un fragment
tin rendu par lavement.

M. *Huguenin*, assistant
meurs cérébrales du cas ra
gnostiquer des gliômes. Il s
gastrite phlegmoneuse ave
péritonite purulente génér
nôme hématode des voies b
cule biliaire, rupture de ce
guin de 1 ½ litre dans l'ab

salol en cachets et pour
miné par l'intestin d'un

;antesque mesurant trois

Bard présente un instru-
ıpignan.
l Cruchon de Lausanne
es et des blessés, et qui

ne aiguille spéciale pour

rd, présente un appareil
pour éviter la chûte de la

éciale pour ponction lom-

ns un entretien substan-
Sanatorium populaire de
construction et sa récente
lans en mains, a complété
et de tous les détails tech-
énique. L'impression est
e demande qu'à être sou-
ous les citoyens.
onne la belle conférence
ıe sur le rôle des examens
dans un style aussi lim-
ortance de ces examens et
tives aux jeunes médecins
'ession, en indiquant une

tulation. Si vous m'avez
n'excuser en pensant que
seul et louable motif et
mour-propre des auteurs,
ıne de leurs communica-
heriez le contraire, vous
ır la lecture des procès-
détail et avec une con-
discussions de l'année.

à proclamer l'excellence de mes secrétaires
Olivier, leur ponctualité et leur parfaite amabi-
zèle du caisssier M. *Maillart* et la compé-
écaire M. *Eug. Revilliod* ne vous apprendra
sachiez déjà, et recommander à vos suffrages
ent, M. *Ed. Goetz*, sera superflu.
es du Comité et confrères de la Société médi-
pour l'appui prêté et la bienveillance accor-
médicale, refuge des saines traditions et amie
je souhaite longue vie et prospérité croissante!

BIBLIOGRAPHIE

Beitrag zur mechanischen Erweiterung des Cervical-
Muttermundes während der Schwangerschaft und der
eau dilatateur utérin pour usages obstétricaux) avec
texte. Extrait de *Archiv für Gynækologie*. Bd. LXX,

docent à l'Université de Genève, a apporté, avec la
. Hausmann, fabricant d'instruments à St-Gall, des
rtantes au dilatateur utérin de Bossi; il l'a rendu
facile à désinfecter et surtout il l'a pourvu d'une
. Son appareil se compose essentiellement de quatre
rochées forment une tige légèrement conique et qui,
ne contenu dans la poignée du dilatateur, peuvent être
s autres suivant les deux axes perpendiculaires d'un
nt dans un plan parallèle à la fois au plan du détroit
de l'instrument. Les branches dilatatrices peuvent être
ées par d'autres de forme et de courbure différentes.
te très aisément, ce qui rend son ablation facile dans
être utilisé en gynécologie.
op d'illusions, l'auteur se demande cependant si cet
rait pas amener une transformation fondamentale de
ndant possible la terminaison de l'accouchement dans
l'une heure et demie et cela avec ou sans narcose et
d'asepsie parfaite. Les femmes qui n'auraient ainsi pas
s fatigantes se rétabliraient rapidement.
tes sans doute un peu utopiques, mais, après tout,
liseraient-elles pas, au moins en partie? Pourquoi un
ié ne permettrait-il pas, dans certains cas donnés, de
nce tout en réduisant la durée de l'accouchement?

ont encore éloignés, où l'accouchement
ı acte physiologique pour devenir une
seuls spécialistes; mais dans certains
acuation rapide de l'utérus, un instru-
ouchement forcé ou l'avortement dans
e danger serait le bienvenu. L'ino-
on *sine qua non* de sa généralisation.
gner sur ce sujet. L'auteur a appliqué
ıceintes et à trois femmes en travail
lous ces cas, il a en moins d'une heure
ısante pour que la terminaison immé-
sible. Il recommande de ne pas appli-
l avant l'effacement complet de la por-
quart de tour de vis par minute et
rition du moindre écoulement sanguin,
ol.

ıs par l'auteur, l'opération s'est mon-
entraîné d'inconvénient. Les accidents
, M. de Seigneux les attribue au man-
ruments employés, et la modification
ée à les prévenir. C.

—

rocédés rapides de recherche des falsi-
n du russe par *S. Broïdo* et *A. Zaguel-*
orof. d'hygiène à Toulouse et *A. Gau-*
vec 119 fig. Paris, 1903, Steinheil.

les aliments et des boissons, un con-
ars possible ni nécessaire; dans bien
a affaire à un produit de valeur suffi-
l cette question peut être résolue rapi-
e précision qui exigent un laboratoire
ins long; il existe en effet des procé-
ermettent d'établir la plus ou moins
ı indiquent qu'il y a lieu de recourir à
la revue et à la description de ces
aces coûteuses de précision, ni micros-
s à 300 ou 400 diamètres, ni titrages,
étersbourg, consacre son ouvrage. Il
oduits alimentaires les plus usuels, et,
e leurs propriétés dont la connaissance
ce de leur analyse médico-sanitaire,
ns simples pour apprécier leur valeur;
eils dont il recommande l'usage sont
erniers chapitres du livre traitent de

par lui et partout le reflet de connais
et cliniques étendues et peu communes

Un tel ouvrage échappe nécessairem
indiquer qu'il débute par un éloge de
cesseur de Jaboulay à sa chaire de cl
pitre sur l'antisepsie et l'asepsie, puis
les cas les plus variés et divisées dans
cou, rachis, tube digestif, abdomen, a

L. Bernard. — Les méthodes d'explo
vol. pet. in-8° de 190 p. (*Encycl*
1904, Masson et Cie.

L'auteur, chef de clinique médical
préparé par ses travaux antérieurs à t
rénale que l'Académie de médecine de
dant sur une étude personnelle de plus
quelques-uns d'une façon détaillée, il
vue l'albuminurie, le volume des uri
chimique, leur toxicité, puis les m
l'épreuve par le bleu de méthylène, q
particuliers, car c'est à elles que M.
ne suffisent cependant pas lorsqu'il s'a
aussi expose-t-il les procédés de diagn
l'analyse séparée de la sécrétion de ch
minant quelle contribution ces nouvea
à l'appréciation du pronostic et à la th
petit volume sera lu avec intérêt par t

A. et G. Bouchardat. — Nouveau fo
fort vol. in-18 de 692 p., cartonné à

Cette nouvelle édition a été, comme
des progrès de la thérapeutique. Bien
signale que les médicaments nouveau
blement acquis, plus de 200 formules
à l'utilisation récente d'un grand nor
laboratoires ou extraites de plantes
C'est ainsi que les succédanés du chlo
gésiques et antithermiques. Signalon
mercure et les composés argentins (col
des corps thyroïdes et des glandes sur
renseignements thérapeutiques et hyg
tinuent à en faire le *vade-mecum* du
des généralités sur l'art de formuler,
naturelles et artificielles, un mémor

ecours à donner aux empoisonnés et
thérapeutique, la liste des mets per-

—

s médicales; un vol. in-8° de 620 p.
B. Baillière et fils.

cation des premières « consultations »
rrivées à leur troisième édition. Ce
te, aura sûrement le même succès ; il
elles qu'elles ont été parlées à l'Hôpital
a fois pittoresque et pratique, de tous
lans une clinique. Signalons en parti-
celles relatives au procès du vésica-
biliaire, aux affections cardiaques, à

—

fractures des os longs : leur traitement
8 p. avec 215 fig. dont 25 planches
iginales. Paris, 1904, Masson et Cie.

tions les plus rationnelles pour qu'ils
acture dans les meilleures conditions,
ivrage. Leur pensée dominante a été
maître une fracture, pour la localiser,
crit le procédé thérapeutique qu'une
le recommander. Ils se sont toujours
s exactes pour la réduction des frac-
rectification des déviations osseuses.
le rétablir le fonctionnement normal
ité des formes et d'épargner, dans la
aux blessés.

symptômes caractéristiques des frac-
tement, les auteurs abordent dans la
ucoup la plus importante, l'étude des
et décrivent minutieusement les divers
de fracture. Les troubles de la miné-
aseptique, les fractures compliquées,
l'objet de la dernière partie de l'ou-

nd nombre de gravures; parmi des
choisi ceux qui répondent aux types
es ont représentés en 23 planches se
Les autres figures montrent les diffé-
spéciaux à M. Hennequin.

VARII

1er Congrès français de climatot
Comme nous l'avons déjà annoncé (1
à Nice du 4 au 9 avril. Les Congr
(50 % et plus), la plupart valables du
compagnies de chemins de fer françai
entre *Nice*, Marseille, la Corse, Gêne
et à l'étranger. Des prix réduits sont
hôtels de Nice, Beaulieu, Cannes, M
sera fournie sur demande par M. le I
En dehors de Nice, les congressiste
Menton, Cannes et Grasse, où des fête
sées en leur honneur. S. A. S. le pri
tion au palais et une représentation
Nice, en dehors des réceptions par les
tions de gala (opéra, etc.). Les places
les théâtres, *seront réservées aux pre*
Congrès, des excursions seront organi
famille des congressistes accompagnar
(carte spéciale 10 fr.) *bénéficieront de*
du Congrès, il suffit d'envoyer au Dr
Hugo, Nice, le montant de la cotisati
noms, qualités, titres, adresse exacte,
gnés de la carte de visite de l'adhéren
s'adresser au Dr Hérard de Bessé, se
(Alpes-Maritimes).

Congrès des aliénistes et neurol
médecins aliénistes et neurologistes fr
nira à Paris du 1er au 7 août 1904 sou
saud. Adresser les adhésions et comm
taire général, médecin directeur de l'A

CAISSE DE SECOURS DI
ET FONDATION BUR

Honorés collègues,

Nous vous présentons ci-joint le vi
de secours des médecins suisses.

La Commission d'administration s'e
par une circulaire spéciale pour vous
concours plus actif que quelques-uns d
dernières années, car il devenait malhe
la Caisse allait en diminuant ; la somm
cins recueillie pendant les cinq derniè
faible de toutes depuis la fondation d
appel a produit un nouveau et génére
bourses se sont largement ouvertes, le
et nous avons eu la joie de saluer

douter ? Pouvait-on admettre que
s prêts à secourir leurs confrères
it non, mais la Caisse de secours
lchir le souvenir.
ceptez un cordial merci, non pas
nistration qui n'est que le canal
part de ceux qui les ont reçus, le
si celui des collègues tombés dans
. qui vous adressent leurs vœux de
nombre du fond de leur cœur et

n situation d'apporter votre obole,
: auxquels s'adressent de si vifs
z-vous pas aussi contribuer pour
vre qui depuis 21 ans poursuit,
re bénie, car la Caisse de secours
es médecins suisses pour pouvoir
assées et se sentir soutenue pour
e dans l'avenir.
i est morte pendant l'année qui
s un changement de situation a
utre part de nouvelles demandes
cordé en 1903 à deux confrères
ngt familles de collègues décédés
, tandis que les dons volontaires
60; d'autre part, il est vrai, la
ions et en legs fr. 3070, donc elle
nous que MM. les vérificateurs des
donations et ces legs si généreux
e plus incertaine que celle sur
vec assurance et qu'il est à désirer
oit appliquée qu'à l'augmentation
tion des collègues se maintienne
nous aussi pour l'avenir la Caisse
ns suisses et exprimons-nous en
cantons qui jusqu'ici ont accordé
rouvera quelques amis puissants
l'esprit de solidarité et de bien-
l suisse.

la Commission médicale suisse :
ésident : Dr de Cérenville

administrative de la Caisse :
erer, Prof. Albrecht Burckhardt,
P. von der Mühll.

Vingt-et-unième compte, du 1er janvier au 31 décembre 1902.

RECETTES

		Nombre.	Fr. Ct.	Fr. Ct.
Solde du compte précédent				2976.50
Cotisations pour la Caisse de secours:				
Du canton d'Argovie		14	240.—	
» Appenzell	[1] 1 à 200.— / 1 à 10.—	2	210.—	
» Bâle Ville		48	1190.—	
» Bâle-Campagne		6	95.—	
» Berne	[1] 1 à 50.— / 73 ens. 1065.—	74	1115.—	
» Fribourg	[1] 1 à 50.— / 1 à 10.—	2	60.—	
» St-Gall		25	435.—	
» Genève		21	443.—	
» Glaris		4	57.—	
» Grisons		33	495.—	
» Lucerne		15	240.—	
» Neuchâtel	[1] 1 à 100.— / 11 ens. 180.—	12	280.—	
» Schaffhouse		3	20.—	
» Schwyz		3	40.—	
» Soleure		11	190.—	
» Tessin		3	45.—	
» Thurgovie	[1] 2 à 100.— / 11 ens. 290.—	13	490.—	
» Unterwalden		—	—.—	
» Uri		5	45.—	
» Valais		2	45.—	
» Vaud		26	875.—	
» Zoug		7	80.—	
» Zurich	[1] 1 à 100.— / 77 ens. 1190.—	78	1290.—	
		407	ensemble	7980.—

[1] Dons de société.

De divers:			
De M. le Dr Kappeler, à Constance	1	25.—	
De M. le Dr Ed. Hess, Bey, au Caire	1	25.—	
De M. le Dr Zürcher, à Nice	1	20.—	
De M. le Dr F. Paravicini, Albisbrunn (en mémoire de son père	1	100.—	
De succr de M. C.-F. Hausmann, St-Gall, à la place de souhaits de bonne année	1	300.—	
A reporter	5	470.—	10.956.50

lente que les dons volont
ne proportion que les b
tion a adressé à tous le
ssant qui s'est traduit pa
ouhaitons, dans l'intéré
dans les années qui vont
éez nos respectueuses sa

DE SECOURS DES MÉDECI
ie. — Dr H. Siegrist, fr.
Ville. — Drs Handschin
+140=195).
. — Drs La Nicca, fr. 10
l. — Dr Th. Wartmann
e. — Dr E. Martin, fr. 1
ne. — Drs J. & O. Kottm
. — De la societa medica
00, (100+10=110).
ovie. — Dr A Debrunne
. — Dr de Cérenville, pr
h. — Drs Riedweg, fr. 10
Heim, fr. 20, (90+205=
emble fr. 495. Dons pré
s pour la fondation *Burc*
l. — Dr Th. Wartmann,
. — de la societa medic
asemble fr. 110. Dons pr
e 1er Mars 1904.

VRAGES REÇUS. — P.
ra el tratamiento del ec
de 8 p. avec 4 fig. E
03.
AS. — Beitrag zur Diag
p. Extr. du *Centralbl.*
P. NOBLE. — The signi
ra-uterine pregnancy du
8° extr. du *Philadelphi*
generations and compli
ndpoint of the treatmen
de l'*American Gynecolo*
CHMID, directeur du Bu
ier : Hygiène publique e
Bibliographie nationale
Wyss.
MÊME — Der XI interna
e in Brussel 1903 (Rapp
1904, Imp Scheitling.

Genève. — Société gé

panacée, doit-il abandon
adiothérapie des propr
-il admettre qu'elle pui
pect et de nature? Nous
onvaincu de l'efficacité d
ous nous-même, mais co
nombre restreint de n
nen critique de la mét
ière son mode d'action p
lition essentielle de tou
de la part du médecin c
ur des médicaments qu'i
vent faire. Il en est de m
qui leur demande plus qu
s propriétés!
epuis la découverte des r
ries innombrables ont ét
es, honorées en leur tem
ns d'un tube de Crooks,
trique engendrée autour
thermo-chimique, ne sor
sait que ces radiations
as.
aposi enseignait que ce
nait une résorbtion du g
nt une dégénérescence g
s. Lannelongue et Thom
e de la lumière solaire ou
celle-ci. Destot croyait à
que, explication à laquel
ogie lorsqu'on se trouve
ué, mais qui bien souv
rance. Oudin, Barthélém
e d'expériences sur des
uence nerveuse, produisa
seaux sanguin dans le c
prochait davantage de l
ons X entravent les proc
nique particulière, et tro
théories ont été émises
tous les frais, nous les p

u au pouvoir bactéricide des
ement controversée. Elle l'est
t bien rares sont ceux qui se
rayons X pour expliquer leur
Bergonié et Tessier, Freund,
, admises par la grande majo-
adiothérapie, nous permettent
tes :
exercer aucune action sur la
virulence du bacille de Koch

t des rayons X est indirecte-
ose exagérée et non par une
microorganismes pathogènes

on sur les champignons, para-
ons, les champignons ne per-
necht, Scholtz).
urvus de tout pouvoir bactéri-
ie des théories précédemment
ction? Non pas; une série de
stologiques, qui seules étaient
roblème, vont nous permettre

l'apparence microscopique de
traité par les rayons X. Sa des-
mie et une leucocytose exa-
scence hyaline du granulome
rence vacuolaire, avec dégéné-
s géantes et sur la disparition
, les débris sont entourés par
essus final de réparation abou-
.
nné des résultats plus intéres-
les morceaux de peau de lapin,
lupus vulgaris, qui avaient été
pas trouvé d'altérations bien

le développement de cultures du
Ross.
rapidité avec laquelle les ulcères et
s X, prennent une bonne apparence.

Il découle logiquement de ce qui pı
rayons X est indiqué dans le traitemen
érythémateux, de l'ulcus rodens, du
cancer et dans une certaine mesure d
sa troisième période. Mais l'action spé
rayons X, que peut-elle bien avoir à fa
ma, d'acné, de psoriasis, de pelade
condition essentielle de la guérison ré
ad integrum d'un organe ou d'un tissu
lésions histologiques de ces maladies e
tion particulier à chacune d'elles, com
rayons X puissent les influencer favor

La littérature dermatologique. nous
combrée de cas de guérison par les ra
les affections cutanées. Pour notre pa
brillants résultats; nous les regrettons
quels on a fait perdre un temps souve
réel danger, et pour les médecins qu
l'efficacité de la méthode. Il serait
pouvoir balançer les quelques guéri
insuccès et les résultats plus tristes
du traitement radiothérapique a ét
vantables escharres, ayant exigé des
Mais où trouver les documents néces
les rayons X ont été la cause d'accide
bien rares sont ceux qui ont eu le co
responsabilité.

La guérison de malades atteints d'
rues ou de psoriasis par les rayons X
reste. N'est-il pas d'observation quoti
guérissent souvent et rapidement d'ell
qu'avec l'aide d'un médecin? Si l'état
liore pendant la durée du traiteme
tient bien plus aux conseils que le mé
de donner à son malade (suppression
externes, nuisibles ou irritantes, par
des rayons X, inexplicable du reste. N
ment nos soins à un jeune ingénieur
dix ans, présentant chaque année deu
Emprisonné à plusieurs reprises p
vu chaque fois son eczéma guérir spo

médecin qui lui proposa
le accepta; trois mois a
manifeste de la peau du
.t, n'est-il pas vrai, suiv
a peau atrophiée, et de
s, cela va sans dire.
e sait que faire de la ra
.'il existe déjà des méth
ait leur preuves, auxqu
s avec succès, et qui lui
n en moins de temps,
que ce n'est le cas avec

aité par les rayons X;
.ns quel but.
a recours aux lumières
n effet qu'on le blanch
. Il sait que le temps
u'on le guérisse, c'est-à-
de nouvelles poussées q
, malheureusement, en de
telle. Tous ceux qui ont t
. s'accordent à dire qu
les récidives.
riasis guéris par les rayo
thu, ceux de Bramwell g
guéris par l'iodure à h
r aux cas de guérison de
s cas que tout hypnotiseu
rvations se valent.
n bienfaisante des rayo
s de guérison sont sigr
iques. Quel crédit accord
ager sur la nature de la
veuse), se figure-t-on un
nt par excellence, poss
mber les cheveux et de
.es cas de guérison que
s trouvé de renseignem
les récidives, ce qui eut

ɜ de dire que
maladie, ce
nces de succ
fin de pouvo
pourtant pu
eune homme
e pelade su
rayons X d
, les cheveux
ns les plaque
nçaient à pou
ées par les r
se de ce qu
re mois apre
ɜ cheveux eu
nalade n'éta
puisque l'a
était appar
résultat de q
etissant ; d'u
emps qui p
ns X pour q
d'autre par
uveau foyer
ous les cas d
idive à distan
continué à
été aussi l'e
. Nous ne co
connaissons
t de Freund.
accorder enf
hyties et de

avoir de do
énergique, n
raitement d
bitation pré
essentielle de
les. Mais les
ns maladies ?

s X,
éri-
éri-
des
ule-
rent
om-
uvé
leur
pa-
iés.
s X
tes,

éris
hiff,
uivi
am-
éci-
rant
ions
, le
ce

à la
eu-
la
éve-
tou-

e la

X.
, au
on
ng.
a à
sfai-
ront

est

pour ainsi dire la règle.
plus ; l'action des rayo
nante. Nous ne connaiss
rieure.

Dans les cas de lupu
mode d'action des rayc
consécration définitive,
très variables. Sur une
nous a été donné de v
avons constaté une éga
rarement une simple
tion. Les succès étaient
lupus vulgaris très éten
les du nez, des lèvres
autre méthode thérapeu
son. Nous ne parlons p
toutefois plus dificile en

Des cas de guérison d
sein, d'épithéliome de l
Ces cas sont trop peu
trop sommaires, pour n
sur ce nouveau mode d
cancers inopérables,
donc une planche de sal
malade.

Mais ne soyons pas tr
ciations sur l'emploi des
autorise à attendre be
affections graves et mal
sibles, mais il est diffici
de la radiothérapie dan

Dans les cas de lupus
guérisons à son actif ; e
encore si, d'une part, l'
autant de précaution, c
si, d'autre part, la déc
des rayons actiniques
les essais faits avec ces

Autant les rayons
l'heure. sont d'un mani
les rayons X, avec leur

de sulfate de cui
ɔur éliminer les r
rés sur un point lin
point nouveau est
ɜt guère employé q
te.
ɔareil électrique se
ɔoixante à quatre-v
ère sont dirigés en
émanés de l'arc vol
de quatre, soutena
ɜent passer intégra
., les premières ren
es rendent converg
oint à traiter se t
ons calorifiques so
ui circule dans un
es. Les rayons lum
cependant. Ce refr
, dans un petit app
paroi de cristal de
ent. Ce même appa
tissus, à les ren
ultra-violets d'agi
élicate de la méth
a fatalement un in
éances sont quotid
ll faut avoir un per
la compression.
nodifications ont é
nt toutes pour o
tout en augmenta

, directeur du lab
une lumière aussi
ns chimiques, a im
fer, ce métal ayan
olets. Les électrod
d'eau. Broca et C
tallique, en fer é
eil de réfrigérati

dans ce cas, énergique.
nt marcher aussi bien sur
pareil Finsen ne marchant
désavantageux pour le mé-
courant alternatif de la
rtet et Genoud cherche,
lacer le malade aussi près
pour éviter la perte des
nt inclinés, l'un par rap-
ns vers la région malade
du courant nécessaire ne

portatives, ont également

s à l'appareil Finsen ne
La lampe de Bang, très
, n'a pas donné les résul-
. Cela tiendrait, d'après
yons de courte longueur
mpe de Broca et Chatin
mpresseurs, vraiment peu
noud qui devait permettre
elle de Finsen, mais avec
en un laps de temps moin-
. la condition de porter la
plus.
inventer des appareils en
ricité et de raccourcir les
isse route. Finsen, avec sa
hotothérapie, a sévèrement
sse les médecins à vouloir
our lui, c'est une tendance
diminuer l'ampérage et la
années qu'il vient de consa-
raire constamment cherché
lumineuse ; il pense que
par leur prix peu élevé.
ssance. Malheureusement
rce lumineuse réclamée par
augmentation du prix des
certaine mesure, Finsen a

avait traité 804 malades at-
tobre 1901. voici quels étaient

pas montré de récidive dans
. 288 pour lesquels le temps

le foyers morbides insigni-

héliorés ou presque guéris et
t.
). L'auteur fait rentrer dans
faisants, 31 décès par causes
fections graves, 23 insuccès

que les décès, les insuccès par
es étrangères au traitement,
94 °/₀, ont grandement béné-
plètement guéris. 42 cas, soit
e regardés comme non-satis-

été publiées sont moins bril-

vulgaris, a obtenu 42 guéri-
traitement, 11 l'avaient sus-
4 l'avaient abandonné.
3 guérisons et 16 amélora-
encer le traitement.
cas, ont obtenu 8 guérisons,
partielles et 5 résultats in-

r 46 malades dont 30 étaient
lupus érythémateux et 6 de
en ajoutant les améliorations
pour le lupus tuberculeux et
pour les tuberculoses cuta-

être moins favorablement in-
e lupus vulgaris. La guérison
des cas, d'après Finsen. Mal-
et Burgdorf n'ont pas obtenu

essayé de traiter par la photothérapie diverses dermaılles que la couperose, les nævi vasculaires, la pelade, rculides, l'acné, le sycosis et l'ulcus rodens. L'inverse surprenant, d'après ce que nous savons de l'application ıns X. L'action irritante des rayons ultra-violets, iden- apparence à celle des substances vésicantes ou caus- a'a pas donné ce qu'on attendait d'elle, et les résultats ıs même été encourageants.

vantages de la photothérapie sur les méthodes ordinai- raitement du lupus, résident dans l'absence de douleur oint de vue esthétique, dans la cicatrice qui est lisse, , régulière, Les rayons X, les scarifications et la mé- e Holländer seules donnent une cicatrice comparable.

ıconvénients de la photothérapie résident :

ıns la durée du traitement, variable suivant les cas, e quelques mois à un an ou davantage encore.

ns la difficulté d'atteindre les muqueuses par cette mé-

ns le prix du traitement, qui rend la méthode difficile- ɔplicable dans la clientèle privée.

.ns le coût élevé de l'installation et l'obligation pour le ı d'avoir un personnel suffisant à sa disposition.

indéniable cependant, que la photothérapie constitue ıd progrès dans la thérapeutique du lupus vulgaris, en qu'elle vient augmenter les ressources du médecin ap- raiter cette affection.

des guérisons ont été obtenues par cette méthode, mais ccès sont-ils aussi rares que le laissent entendre les sta- s, et n'est-il pas permis de supposer que quelques-unes faites, involontairement peut-être, avec des séries de s choisis en vue du traitement photothérapique? Dans ıervice dermatologique nous n'avons vu traiter indiffé- ıt par cette méthode tous les cas de lupus qui se pré- nt à la consultation. Leredde et Pautrier n'ont-ils pas d'avance, en vue de leur statistique, quatre cas de ıgés trop graves pour bénéficier de ce traitement. Qui t que d'autres n'ont pas éliminé d'avance aussi, tous les lupus à forme scléreuse ou ceux accompagnés d'une tation intense, ou d'une infiltration secondaire pronon- ɜ qui ne sont pas rares du tout et que Finsen et Forch- r eux-mêmes ont reconnus être rebelles à la photothé-

e la pitchblende, par des
es substances radioactives
s grande que celle de l'ura-
les noms de *polonium, ra-*
qui se trouvent toutes dans
ale. Il faut traiter plusieurs
ies décigrammes de matière
au minerai dont elles pro-

substances radioactives pré-
eur pouvoir de pénétration.
arablement plus pénétrants
um. Leur action dans l'air
distance, et ils traversent
l'autres substances solides.
n sur la peau fut bientôt
rs qui maniaient des subs-
lesquamation de la paume
de l'extrémité des doigts).
erel et Curie, en 1901, ont
ils avaient faites sur eux-

nce de Giesel, fit agir sur
mince de gutta-percha, et
baryum radifère, d'activité
des rayons, il vit la peau
brûlure, mais la peau était
geur augmenta d'intensité ;
i fut traitée par des panse-
erme commençait à se for-
rs après l'action des rayons
on d'un centimètre carré,
rtification plus profonde en

ube scellé contenant quel-
aryum radifère très actif, a
a matière était renfermée
oppé de papier et contenu
tte boîte fut placée à plu-
let, pendant un temps dont
ix heures. Dix jours après,

prédire. L'expérimentation
prudence et discernement, fix
thérapeutique des affections

BIBLI

Destot. *Assoc. franç. pour l'av*
Barthelémy, Oudin, Darier. *A*
tifs à l'emploi des rayons X. *Mém*
Bergonié et Tessier. *Congrès*
Wolfenden et. F. Ross. *Archi*
Schiff et Freund. *Congrès de a*
Oudin et Barthelémy. *La radi*
Holzknecht. Le traitement de
klin. Rundschau, 9 oct. 1901.
Doutrelepont. *Gesellsch f. Na*
Freund. *Brit. med. Journ.*, 25
Scholtz. L'action des rayons
f. Dermat. u. Syph., janv., fév.,
Carl Beck. *New York med. Jou*
G. Pernet. *Brit. med. Journ.*
A. Gassmann. *Fortschritte der*
W.-A. Pusey. *Journ. of cut. D*
Therapeutics and Diagnosis. Phil
Ullmann. Radiotherapie du ps
23 avril 1903.
Gastou et Vieira. *Annales de*
Gastou, Vieira, et Nicolau. Ib
W.-Allan Jamieson. Mycosis fou
Brit. Journ of Dermat., July 190
M.-F. Engmann. Reports on
July 1903.
Leredde et Pautrier. Photothé
Niels-R. Finsen. La photothérap
Gastou, Baudoin et Chatin. *A*
H. Halkin. L'action des rayon
mat. u. Syph., t. LXV, p. 201.

RECUEI

Un cas de bassin rachitique — 1er accouchement. Emb couchement, Opération cé à terme.

Par le D

Mme X., âgée de 30 ans. S
nuls. Son passé pathologique
quinze ans, la menstruation a

ssu
ts c
:e d
. le
ecti
ıdes
:éré
on
e, l
es I
tête
e a
nen
le s
ıt I
aller
tête
ara
ivra
pe
xtra
d'u
s es
me
ais
:e d

rev
t du
e d
à 1
lus.
app
tem
sin
aqu
cm.
m.
19 r
ıfai
.ter
t su
rat
ée d
ı es
ux 1
je
e c
ıne
ıfai

. pas paru cependant aussi
ıcision utérine à coup sûr
ıanœuvre, le corps utérin
ı aide enserre le col pour
ɔorde le champ opératoire
.a et les membranes sont
pon de gaze. Je nettoie la
ıi s'y sont formés au cours
ıs dans le canal cervical,
ɔformée dont le reste tam-
de la soie moyenne, je
ın comprenant la séreuse
ue possible dans toute son
ide malaxe l'utérus, l'en-
ıudes. Nouvelle injection
finalement apparaît, mais
ɔur arriver à ce dernier

oie j'exécute, suivant ma
éreux qui, je le crois, a
ritonéale rapide et permet
l'utérus avec les organes

pas sur la ligne médiane,
de faire l'ablation de la
annexes droites sont sai-
re, d'où possibilité d'une
te sommaire de la cavité
tirées, l'abdomen est re-
ı péritoine, crins de Flo-
ɔrence pour la peau. Pan-

lans le vagin un des chefs
ervicale et termine par un

pèse à sa naissance 3 kil.

es vomissements anesthé-
sième jour. Selles quoti-

ine est retirée progressi-
ɜ le dernier fragment de
jours. Lavages vulvaires.
,2. La malade se lève le

ɜ, par mon ordre, la mère

ɜ est rare à Genève et ses
fois ce sont les cas où le

diamètre minimum du bassin mesu
et plus. Les femmes accouchent seu
été nécessaire, elle ne s'étend pas a
tricales courantes : le forceps ou la
est presque inconnue. Les opératio
L'embryotomie, au contraire, et
ont de chauds partisans. Ces dern
pratique suffisante. Je l'ai dit, les g
sont rares et j'entends par là les c
du bassin mesure de 9 à 6 cm. et
internat à la Maternité, il n'y a p
l'embryotomie était à l'exclusion de
tion que l'on préconisât dans les c
grossesse etait arrivée à son terme
fut possible. Si une femme se prése
sesse et à temps, l'accouchement
mais avec une mortalité infantile te
actuelle encore une aversion profon
vention.

J'ai eu l'occasion en deux ans d'o
viciation pelvienne, de pratiquer
rienne. Les conclusions que je puis
senteront peut-être de l'intérêt pou
livre telles quelles.

Dans les *bassins rachitiques qui*
plus, et ce sont les cas que l'on ren
dans notre contrée, on a coutume d
sans assistance ou bien, comme j
intervention est nécessaire, elle ne
opérations obstétricales courantes :

Bassin mesurant de 8,5 à 9,5 cm.
genre deux alternatives à considé.
présente à l'accoucheur au terme d
se fait examiner au cours de celle-ci

a) *La femme se présente au terme*
n'est pas commencé ou il est com
expresse que la poche des eaux ne
pratique l'opération césarienne.

Le travail dure-t-il depuis longte
est-elle rompue? Pas d'opération cé
que ce soit. Elle serait trop danger
l'embryotomie et la symphyséotor
faire dans des conditions d'asepsie r
une salle d'opérations *ad hoc*, j'opt
Dans le cas contraire, je pratique
l'enfant vivant. Il va de soi que les
ceps, version) ont échoué. La techni
préférence est celle du Dr Civel.

b) *La femme se fait examiner au*
coup d'auteurs préconissent l'acc

s et pour la mère et pour

r la mère, je l'accorde et le
t! Les statistiques, à peu
rtalité infantile effrayante.
à la longueur du travail
a faiblesse du produit. Quoi
provoqué plusieurs accou-
de Genève, pendant mon
oment du moins, dans ma
la technique de cette opé-
ne et je désire ardemment
sur la nouvelle instrumen-
ement prématuré la place

duite est la suivante : j'at-
i recours à l'opération césa-

à 6 cm. et au-dessous, je
à temps et dans les condi-
t au cours de ce travail, je
rienne. Après la rupture de
st mon opération de choix.
e, des cas où le bassin est
difficile et dangereuse ? Ils
ation césarienne est alors
c'est là une condition non
rro.
là en résumé les deux opé-
as où le bassin mesure de
nie, c'est le pis-aller, l'opé-
e, l'opération de transition ;
Qu'on me permette une vue
a pratique gynécologique.

Obstétrique

Embryotomie
Symphyséotomie

Opération césarienne.

, le devenir des opérations
ents, on en est aujourd'hui
ominale, grâce à ces mêmes
avoir la première place.
vu que je ne recule pas à
ant, lorsque les conditions
ment d'intervenir inoppor-

manœuvre. On applique des valves pour
au maximum, mais, malgré cela, malgré
le verre n'avance pas et les pinces ap
libre, le brisent à deux endroits.

Après ces essais infructueux, nous avo
plâtre dans le verre et d'y sceller un ti
tracteur en spirales de Segond. Le plâtr
tampons de gaze. Lorsqu'il est bien du
tire-bouchon et tirons avec précautio
amener facilement, mais son bord, un p
tranchant, entame la muqueuse et vient
qui résiste. Nous donnons alors plus de
le tire-bouchon et le plâtre qui l'entoure
Le verre reste en place.

Après cet échec, nous avons recours a
sont introduites sans difficulté, mais ne
le verre dont elles n'ont pas la forme; c'
dons de morceler complètement celui-ci
teur et en contourner plus facilement le
de faire la version. On extrait un à un
fond reste encastré, pour ainsi dire, dans
alors se résoudre à fendre le sphincter p
touri donnés latéralement. Nous parven
incisions, à insinuer une grosse pince cou
verre qui se laisse amener vers l'orifice
blessons les doigts à plusieurs repris
(M. A. Reverdin) se coupe même la colla
importe! la partie est gagnée, car maint
est en bas et un effort énergique expulse

Le malade perd beaucoup de sang. La
tiède et tamponnement rectal.

Les dimensions du verre sont les sui
fond, 54mm; hauteur, 84mm; diamètre de

8 mars. Le malade est très faible. Les
dehors sans même qu'il s'en aperçoive. Il
Grand lavage du rectum avec une soluti
Retention d'urine. Cathétérisme. T. s. 3

10 mars. T. s. 39,4, Grande faiblesse. I
malade urine sans difficulté.

A partir du 11 mars grands bains tiède
lagement considérable et abaissent la te
tion abdominale profonde ne révèle rien d
douloureux au-dessus du pubis vers la ré
tinence fécale persiste.

21 mars. T. m. 37,2, s. 38. La muque
au spéculum présente de la rougeur e
s'écoule du pus avec les matières, mais ce
et le malade a pu rester pendant toute l
déféquer. Les plaies faites au bistouri so
Il ne persiste que des symptômes de recti

uches tièdes boriquées et on bai-
ui mange avec appétit et qu'on
avec du riz, du chocolat et du

cherchait depuis une année des
duction anale de corps étrangers.
rottes et c'est la première fois,
! Il ne cache pas qu'il était par-
bient dans son anus quand il per-
hute termina plus brusquement
avait si délicatement commencé.
étit est normal. Le malade est
urs il peut retenir ses matières.
cessaire de le garder plus long-
ui. Il quitte la Policlinique, jurant,
y reprendra plus.

---

rimitive de la grande lèvre.

A. Renaud.

, présente, le 4 mars 1904, une
e la grande lèvre gauche; la pal-
se, y révèle de la pseudofluctua-
érieure de la lèvre, et empiétant
rque une ulcération d'apparence
cot, creusée en forme de cupule,
et le ligament rond. Les bords
our n'est que très modérément
cés, peu ou pas décollés; le fond
t d'une sécrétion sanieuse.
rement la petite lèvre correspon-
ibial, on remarque au dessous de
-jaunâtres, lenticulaires, ressem-
sagou, faisant légèrement saillie
ette dernière ne présente pas de

ont *petits, durs, indolores;* leur
e antérieure.
ulcération pouvait faire songer :
ppée sur un terrain en mauvais
ère était œdématiée à la suite
herpès génital ou d'un echtyma
e molle, à forme *atonique*, qui n'au-
s. 3° à un *ulcère tuberculeux* dont
onfirmée par l'existence des deux

ppo
nts
ranc
a m
nstu
pe
it p
tude
ie
e m
le Z
anti
es b
re c
com

e la
ré
d'u
gau
s'est
co
gra
nt p
tes.
en
u, r

n fr

ts t
tou
es e
ithé
re
à fle
nou
lles
de
lose
ont
ar i
nc
de
rigi
affir
llen
de.
ée c
le a

Il relate l'accident survenu à un « cibarre », chez lequel une balle de fusil d'ordonnance avait produit la *section complète du radial* à deux niveaux différents. Une suture nerveuse a rétabli la fonction en quatre à cinq jours.

M. Röllin, de Châtel-St-Denis, parle d'un traitement curatif inédit du début du *cancer du rectum*.

La prochaine séance aura lieu à Romont.

Le Secrétaire : Dr Comte.

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

Séance clinique à l'Hôpital cantonal, le 10 mars 1904

60 membres présents.

M. le prof. Bourget, empêché, pour des raisons de santé, de faire la conférence clinique annoncée, MM. les prof. Mermod et Dind, quoique sollicités au dernier moment, ont bien voulu accepter de le remplacer.

M. Mermod fait les honneurs du service laryngologique, nouvellement aménagé à l'Hôpital. Après avoir présenté une série d'instruments et d'appareils divers, il parle du *traitement de l'épistaxis*.

M. Dind présente une intéressante série de malades :

1° Un cas de *pityriasis rosé de Gibert* chez un adulte, atypique par sa localisation sur les extrémités, cette affection apparaissant de préférence sur le tronc. M. Dind rappelle les caractères essentiels qui permettent de différencier cette maladie d'une syphilide érythémateuse ou roséole (couleur, desquamation, médaillon primitif, infiltration minime plutôt périphérique, etc.). Il rappelle que l'étiologie nous en est inconnue et que l'affection guérit d'elle-même en six semaines environ.

2° Un cas de *pseudo-pelade décalvante* chez un jeune garçon. La moitié gauche de la tête a été traitée par les rayons X et la moitié droite par l'acide phénique en solution concentrée. La moitié gauche, rendue entièrement glabre par les rayons X, l'est encore actuellement. La moitié droite, au contraire, présente une repousse de cheveux manifeste. M. Dind ne croit pas à une action efficace des rayons X dans la pelade et recommande les applications de solution concentrée d'acide phénique, à condition qu'elles soient faites par le médecin. Il soulève la question de la fréquentation des écoles par les peladeux ; l'affection, même si elle est d'origine parasitaire, ne paraissant pas contagieuse, il admet que l'on aurait tort de dispenser ces enfants de l'école.

3° Deux cas de *favus* (achorion Schœnleini), l'un traité par les rayons X et qui montre l'action épilante de ces rayons, l'autre intéressant par le tableau atypique des lésions, l'enfant ayant été traité par sa mère, au moyen de compresses imbibées d'alcool.

4° Un cas d'*adénite suppurée* de l'aine (bubon) guéri par des injections

M. le prof. Rossier présente :

1° Une femme de 34 ans, encein
rachitique est influencé en outre
congénitale de la hanche gauche. J
tanément, morts chaque fois par
dimensions du bassin permettant
sont toujours très petits), on surv
et l'on n'interviendra qu'en cas d

2° Une femme de 31 ans, atte
succès à la Maternité de Lausanne
rienne, suivie de l'ablation des ova
de l'Hôpital, la malade marchait s

Après quelques temps cependant
à un degré très atténué; les doule
diminuer, le bassin à se déformer
surnuméraire ou à la croissance
prise dans la ligature, et, d'accor
velle laparotomie, pratiquée il y
seur du ligament large droit, imm
corps rond de la grosseur d'un pet
pes. Guérison sans complications.

L'examen microscopique fait pa
corps en question du tissu ovarien
folliculaire, pas d'ovules. On ne
ovaire ou d'un reste d'ovaire qui
fait, démontré par Ponfick pour l
surrénales, n'a pas été prouvé pour

Il sera intéressant de voir si, ap
déformations osseuses cesseront.

3° et 4° Deux préparations de *gr*
cès en décembre 1903. Le premier
incomplet. Le second cas était con
que intraligamentaire développée

5° Un cas de *pelvipéritonite pu*
abortives.

M. Rossier saisit cette occasion
pratique trop fréquente encore du
l'accouchement prématuré ou à t
cette pratique. D'abord l'utérus, fr
être facilement perforé. Ensuite le
cytes que la nature dresse pour se
il ouvre à nouveau des vaisseau
térés et favorise ainsi une résorpti
curettage, pour avoir quelque cha
gènes, devrait être pratiqué dès l

tion qui menace de léser les intérêts du c
chose. Deux solutions sont possibles :

1° Création d'une commission permane
actes devant la Société de médecine ;

2° Grouper tous les membres de la So
leurs intérêts, en association indépendant

M. Krafft estime que la seconde solutio
Une association composée exclusivement
de défendre leurs intérêts, arrivera à fa
Commission permanente obligée de rapp
médecine, qui sera peut-être composée
rents aux questions qui leur seront sou
Commission provisoire, recommande la cré
professionnels, indépendante de la Société

M. Campart lit une lettre du Dr Ve
séance ; celui-ci se rallie à la création d'u
déclare absolument opposé à la créatio
drait que l'on tienne des séances purem
punisse d'une amende les absents.

M. de Cérenville remercie le Comité
bien voulu s'occuper de la question des a
jamais, les médecins doivent s'unir, se g
rêts. M. de Cérenville critique l'esprit av
soire a travaillé : il trouve qu'elle a, à to
Les conditions ne sont pas les mêmes à G
presque tous les médecins font partie d
groupement est donc fait, et pas n'est bes
ciation. M. de Cérenville trouve que l'on
provisoire un cachet permanent et tenir a
dinaires pour discuter les questions d'in
vœu du Dr Veillard.

M. Morax dit qu'il ne faut pas en vo
cine si elle ne s'est que peu ou pas occup
sionnels de ses membres ; la besoin ne s'e
cela est différent, il faut faire quelque ch
création d'une commission permanente
la question. Si l'on créait une associatio
professionnels, il voudrait que celle-ci fût
pendante de la Société de médecine.

M. Dubois se range à la manière de v
serait bon que nous ayons une associatio
d'assurances. Cette association ne sera ja
decine, comme d'aucuns le prétendent. M.
il croit que la philanthropie, que tous les
que jour, ne devrait pas servir de réclam

M. Jaunin veut que l'on discute sor
pas d'un renvoi, les membres de la Soc
depuis la dernière séance. Au surplus
mission, ne se sentant pas qualifié pour

A la votation, on décide à l'unanimit
sera composée de sept membres.

Le président prie M. Taillens de
question.

M. de Cérenville demande qu'on
de l'âge et expérimentés.

M. Bonnard ne veut pas une votatic
laisser le soin au Comité de trouver les
la question.

Le président déclare qu'il en sera fait

Le

SOCIÉTÉ MÉDICALI

Séance du 25 février 1904,

Présidence de M. Go

28 membres présents, 8 étrangers.

M. Mallet présente un malade atteir
voici l'observation prise par M. le Dr A

Homme de 66 ans, entré à l'Hôpital
le service de M. le Prof. Bard. Rien de
cédents héréditaires. Comme antécédent
militaire et travaillé ensuite comme bate
A part quelques accidents sans gravi
sérieuse, sa santé générale était excelle
de 66 ans, est bien portante; elle a eu
couche. Depuis quelques années il a
(hypertrophie de la prostate). Ses deux
tion de l'aponévrose palmaire très marq

Maladie actuelle : Le 17 février 190
avoir travaillé toute la journée comm
mange de bon appétit et se couche. Au
par une douleur sourde dans le bras dr
et il se rendort. Le matin, en voulant s
droit est très lourd et que sa jambe d
porter. Il reste alors au lit et voit M. le
tal, ou l'on constate que la face, la jaml
parésies. Le réflexe patellaire est dimin

ɔ du pied droit, de plus il prétend que
involontaires dans la jambe droite. A
que est augmentée, le cœur est gros, le
rythmiques et inégaux, pas de souffle.
en de particulier à l'examen des yeux

, le malade marche un peu dans la salle
ɔr. Le 21, étant au cabinet, il est pris
be droite et il a de la peine à rentrer
d'un infirmier. Les douleurs persistent
dans la cuisse et la jambe droites. Le
ne tout le membre inférieur droit est
. On ne sent aucun battement, ni dans
dans la pédieuse droites, tandis qu'à
'orts. Le pied droit est très froid et
. Les douleurs ont beaucoup diminué.
ɔiqûre sont complètes dans tout le mem-

ıits ? M. Mallet ne croit pas qu'on puisse
lû être trop grosse pour pouvoir bou-
croit plutôt qu'il s'agit, étant données
d'une plaque athéromateuse, au niveau
roite, sur laquelle sera venue se former
une partie considérable des vaisseaux.
, le petit ictus, il s'agit probablement
ɔéromateuse de la sylvienne gauche[1].
des couper des jambes pour de telles
eaucoup qui se sont très bien guéries

le nos écoles porteur, au niveau de la
grand comme une pièce de cinq francs,
t autour des poils des godets typiques.
de la contamination est impossible à
quitté Genève. Tous les enfants de sa
soins sont indemnes. C'est seulement
traité à l'Hôpital cantonal depuis vingt
pie.
hez lequel il a fait la *résection du maxil-*
ɔcroïde siègeant au niveau bu bord de
ue, très leucoplasique, a été largement
, le malade est à peine défiguré.

é une gangrène rapide de tout le membre
s 1904. Les pièces provenant de l'autop-
e 10 mars (Voir le prochain numéro).

tre
rvoi
d d
assu
de
stic
ıle.
ı la
lav
opsi
opla
pais
ame
à l
lier
ıeun
n d
éné
ens
ıst l
es
oyée
ıreu
éral
ıais
qui
l to
s l'o
es,
lôpi
s, m
que.
m c
mar
ıisin
quar
l av
's p
ıs d
aine
ces
gées
poi
leux
et l

jeunes filles qui ont eu des rapports
ertaine. Mais en examinant d'une
ades, nous voyons d'abord qu'elles
lle ou maternelle très chargée sur-
es · les quatre sont atteintes de trou-
ettre même dans ce cas l'étiologie

produit une telle révolution dans
, plus proches de la malade et les
e des pelades hystériques. Une des
irait faire un séjour à l'Hôpital a
fois par jour les peignes de la pre-
ment son chapeau sans pouvoir, à
e fait négatif peut ne pas avoir une
éanmoins assimilable à des essais
sultats.
e contagion chez une fillette qui,
ant sa tête contre celle d'un pela-
pelade.
école particulière la pelade a régné
à huit ans jusqu'au jour où l'on a
depuis lors plus aucun cas.
servations de contagion ne sont pas
ives pour pouvoir affirmer qu'il y
service des teigneux de l'Hôpital
de place, pelades et teignes vivent
eux prendre la pelade, tandis que
re la teigne.

Le Secrétaire : Dr Ch. Du Bois.

---

mars 1904

lurtz, Président.

Ladame remerciant pour sa nomi-
le Dr de Cérenville remerciant pour
ise au sujet de l'enquête confiée à
lettre de M. le Dr Suchard, mem-
e, qui demande à faire partie de la

ociété genevoise à mains levées et à

remplacement de M. Henri Revil-
ur cause de départ.

M. Kummer présente un j
1903 et dont la pièce anato
p. 519). Il s'agissait d'un c
partie supérieure, avec *fra*
mer a pratiqué l'extirpation
tiers supérieur du fémur. A
planta immédiatement 19 c
côté. Ce dernier fut enfonc
médullaire du fémur, le bo
à la place de la tête fémor
tion. Actuellement il march
mais sans douleur. Le *péro*
palpation on ne le distingue

M. Kummer présente aus
le *traitement des fibro-myom*
47 furent opérées par lui;
lieu, soit qu'elle fut jugée
médecin, elle fut rejetée pa
actuel de toutes ces malad
mettent d'établir une intére
servations, et d'apprécier d'

Le principal motif qui s
medical était l'hémorragie,
peu trop abondante ou fréq
durant des semaines, parfoi
sont nécessairement anémiq
présentant de l'anasarque n
tronc et au visage. Quelqu
morragies; leurs règles m
atteinte d'aménorrhée, non
dernières se trouvaient gén
à connexions peu intimes a

La gêne mécanique et la
de la classe laborieuse, un
mènes urinaires ne furent
rétention. Dans aucun de se

Comme symptômes cardi
palpitations et présentaient
tation, mais pas de signes p

Un fait qui a frappé M.
pour plus du tiers de ses m

L'âge des 47 opérées va
de 40 ans; c'est à cet âge,
de la ménopause, que la pl
tent une opération.

à peu près
tumeurs pédi-
apparaissant
ns-muqueuses
gin ; tumeurs
érin ; tumeurs
tumeurs adhé-
etc. ; tumeurs
du pédicule ;
ombre d'affec-
es opérations
nx, néoplasie
wolffienne,
les fibromes
tre de quatre
s la structure
teuses, jamais
se il existait
étendue de la
ophie siégeait
soit dans la
e. Des forma-
fondeur de la
ent détruite ;
bro-myomes.
quatre cas de
sont mortes
ns un des cas
toxication par
ne mourut au
après ampu-
septique. Ce
, depuis bien
ion sus-vagi-
e de la vessie
de de Doyen,
hode et em-
qui met beau-
re cas de bles-
n de fibrome
t le ventre le
des malades
ne époque où
perfectionnés
gue, exposant

ainsi beaucoup plus que maintenant à l'appa
le troisième cas de mort, l'Institut bactério
dans le pus du péritoine des microbes resse
la malade avait été en outre atteinte des co
tion survenue après l'opération, par des inje
centré. En somme la mortalité globale de 8 •
pendant une période de 14 ans environ, lui
nuer à l'avenir, et de fait, il en est actuellen
rations pour fibrome, dont 22 par la voie hau

Aucune des femmes guéries par l'opérati
depuis lors; toutes les 43 sont vivantes et jc
Au point de vue du rétablissement intégral
tion donne donc des résultats tout à fait rema

Pendant la même période, M. Kummer a
de fibromes et qui n'ont pas été opérées;
malades sont mortes; la mortalité globale des
même période, est donc de 12 %, contre
M. Kummer. Trois des malades non opérées
faiblesse du cœur, c'est-à-dire des suites direc
de la même affection, mais comme elle était e
il est difficile de faire le départ de ce qui rev
dies pour l'explication du dénouement fatal. I
tent peu, ce qu'il faut retenir, c'est qu'il ne s
opération pour mettre les femmes atteintes de
pour la vie : le fibrome devient lui-même une
proportion relativement élevée des malades c
fait qui semble ressortir nettement des obse
qui n'a peut-être pas encore été suffisamment

Pour le choix du procédé opératoire, M. K
suivantes : Opérer la tumeur en sacrifiant aus
voisins; faire la myomectomie simple ou a
constances le permettent, en choisissant la vo
basse. Quand l'hystérectomie est inévitable,
des tumeurs ne dépassant pas beaucoup la s
plus grandes, opérer par laparotomie, en dont
rectomie subtotale, et en conservant les ovair

L'oophorectomie bilatérale, destinée à fai
fibromes par la suppression des ovaires, a été
deux fois, avec succès. Dans un troisième c
tion de l'un des ovaires se heurta à des difficu
rectomie étant plus simple, fut pratiquée av
bons résultats de l'hystérectomie, la castration
mer recommandable seulement pour des cas sp

Le Sec

vol. in-8° de 863 p.
Masson et Cie.

emier de l'ouvrage,
inquième et dernier
nent cet important
e en bien des points
de physiologie, ce

ènes où les auteurs
ivants, ainsi que les
du protoplasma, de
utiles et importantes

n chimique de l'être
s, et l'évolution de
on plastique, l'assi-

, cellulaires, la con-
logues à la contrac-

n du volume, étudie
céphalo-rachidien et

s sur des questions
ulté. De nombreuses
es réunis à la fin de
sont des documents
J.-L. P.

dicales. 1 vol. in-18
904, J.-B. Baillière

a tout d'abord pro-
ats obtenus dans les
onniques ont fini par
derniers temps des
ions de la part des
agrégé à Bordeaux,
question. Il fait tout
intervenir dans les
ie et la néphrotomie

MM. les médecins sont donc insta
en s'adressant à M. le Dr A.-Mau
sophes, Genève.

CAISSE DE SECOURS DES MÉDECINS

Argovie. — Drs A. Keller, fr 15;
A. Weibel, fr. 20; B. Niethsbac
gisser, fr. 20, (120+40=160).
Appenzell. — de la Société des
M. le Dr Hildebrand, fr. 100; I
Bâle-Ville. — Drs A. C., fr. 20; I
fr. 20; M.-A., fr. 20; Mlle E. Rh
A. S., fr. 20; E. Baumann, fr. 2
Berne. — Drs Rooschütz, fr. 20; J.
fr. 10; Jordy, fr. 10; B. M., fr.
W. Sahli, fr. 10; Tavel, prof.,
fr. 10; A. Müller, fr. 5; Fank
S. Haas, fr. 20; K. von Sury, fr
Spiez, fr. 20, (245+205=450).
St-Gall. — Anonyme, fr. 30; A
(130+225=355).
Genève. — Dr H A., fr. 5; E Ku
Glaris. — Dr Fritzsche, fr. 20, (2
Grisons. — Drs Römisch, fr. 20;
fr. 20; Boner, fr 20; A Platt
fr 10; von Yecklin, fr. 10, (120-
Lucerne. — Drs Attenhofer, fr.
fr. 10; Amberg, fr. 10, (50+40=
Neuchâtel. — Dr Morin, fr. 50, (50-
Schwytz. — Drs Eberle, fr. 20; M.
10=60).
Soleure. — Dr W. Munzinger, fr. 2
Thurgovie. — Drs O. Isler, fr. 10
ner, fr. 10, (40+120=160).
Vaud. — Drs A. Combe, prof., fr.
Cunier, fr. 10; Flaction, fr. 5, (9
Zoug. — Dr Arnold, fr. 10, (10+2
Zurich. — Drs E. Meyer, fr. 10
Hauser, fr. 5; C. Hauser, fr.
Ziegler, fr. 10; Bindschedler, fr.
Häberlin, fr. 20. Hirzel-Willhai
fr. 20. Rohrer, fr. 20; W. Rot
Schindler, fr. 20; C. Sommer,
295=560).
Divers. — Anonyme, legs de Bern

Ensemble fr. 1775. Dons précéde
De plus pour la fondation *Burchha*
Appenzell. — de la Soc. de médec

Dons précédents de 1

Bâle, le 31 Mars 1904.

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D

MALHERBE. 1882. I
des. Paris, O. Doin.
RNIL et RANVIER. 1
me 2, p. 866.
JARD. 1885. Sur un
n. de méd., XV, p.
MALHERBE. 1885.
épithélial, etc. *Arch*
IQUET. 1885. Des ky
BROCA. 1887. Can
41, p. 658.
HÉNOCQUE. 1887, *D*
. VON NOORDEN. 188
r., Bd 3, Heft 3, p.
ZIEGLER. 1886, 1

PILLIET. 1890. Deu
, p. 274
IENU 1890. Des tum
p. 369.
NNELONGUE et MENA
CHIARI. 1891. Ueb
und Unterhautzellge
DENECKE. 1893. B
beiten a. d. path. I.
. 194.
PERTHES. 1894 U
ebe. *Bruns' Beitr.*
RD. 1894. Précis d'
AQUEHAYE et SOURD
rch. d'ophtalmol.,
ALHERBE et PERROCE
cillé et sur l'épithéli
hir., Paris, p. 803.
BARLOW. 1895, Ueb
), 61.
STIEDA. 1896 Ueb
Chir, Bd 15, Heft 4,
IORN. 1898. Ueber
56, Heft 4, p. 781
LUBARSCH. 1899. Z
ten, p. 231. Wiesba
NSER. Ueber verkal
klin. Chir. Bd 26.
L. REVERDIN. 1901.
IVe Congrès franç
BÖRST. 1902. Die
en. Bergmann.

es sujets :

Calcification. Cellules géantes, etc.)
58 Versammlung deutsch. Na-

hirurgie der Geschwülste. I Theil,
art, 1896. Lieferung 22, Heft 1.
dris der allgemeinen pathol. Histo-

ikroskopische Diagnose der bösar-

ur Lehre von Carcinom. Zugleich
m Riesenzellen. *Bruns' Beitr. z.*

deutung der Endotheliome. *Bruns'*

d. hist. Unters. path. anat. Præp.,

hung des Keratohyalins zum Hya-

thologische Verhornung mit Hülfe
ge z. path. Anat., Bd 21, p. 438.
n über die Histogenese der Horn-
nn.
e Studien über Keratohyalin und
l.
ber Schleimhautverhornung. *Virch.*

., Berlin, 1890
, 1 e 2.
géantes épithéliomateuses. *Anna-*
p. 1201.
eber Karyorrhexis. *Virch. Arch.*,

laut mit verkalkten Inhalt. *Virch.*

Infarct. 1879.
Riesenzellenbildung in epithelialen

eft 1.
rculose. *Volkmann's Sammlung* 64.
, *Woehenschr.*, 1894. p. 321.
anheiten.
Virch. Arch., Bd. 95. p. 122.

Depuis assez longtem
quelques pathologistes
tissu conjonctif sous-cuta
constants et spéciaux;
dureté due à la calcificati
plates, polygonales, réun
tif, fibreux ou ossifié, c
fibreuse; en outre la croi
elle n'envahit pas les tis
métastase; on ne l'a p
qu'en 1882 que cette tum
théliome calcifié que lui a
cet auteur, en a décrit
grand, comparé à la rare
a fait un type pathologi
sée par lui a été adoptée,
désignée dans la plupart
presque tous dûs à des cl

Tandis qu'il existe un
teurs pour ce qui concer
presque toutes ses parti
malgré l'habitude qu'on
existent souvent entre le
sité complète des opinio
néoplasme et de l'interpr
ties qui le constituent. C
quer en partie par la rar
bien admettre que le pro
rement embrouillé et obs

Grâce à l'amabilité de
l'occasion de pouvoir exa
développées sur le même
la différence des opinions
d'exposer ici mes observa
tout d'abord, de mettre l
été écrit jusqu'à présen
résumer ces travaux, pre
ment qu'il me sera poss
titude.

on q
s pa
yste
sér
dis

mie
en
erv
e d
ous
de
tait
ion
es
cell
s é
a tı
cifi
s, il
roıc
ılca
ıé e
rt.

nên

utar
blan
e tı
oly
rbor
opé
lus

lcif

forme de ses éléments. Le cas IV de F
du travail de Wilkens, son élève.

Förster dit plus tard dans son Tra
que (2a) : « Quelquefois il se produit
mateux, une calcification des cellules
une ossification de la trame et une cal
cette façon le nœud devient dur comm

En 1863, Lücke (3) décrit trois ca
analogues au précédent et pour lesqu
cation.

Le premier n'a évidemment rien
appelé plus tard l'épithéliome calcifié.
molle profonde, développée probable
veine jugulaire commune; elle n'a pas
mais ne contenait pas de chaux.

Cas II. — Femme de 40 ans, présentant
plusieurs années; l'une siège sur la nuque,
de deux noyaux de datte; l'autre, plus pet
mâchoire et a la forme d'une sphère aplatie.
nées, dures comme de l'os; elles se sont d
devenant très dures, puis leur marche est re
on trouve une membrane de tissu conjonctif
qui entoure un système de travées formées
contenant des corpuscules osseux et des cana
limitent des espaces contenant des masses n
épithéliales, plates, polygonales, en partie c
rescence graisseuse. Traitées par une soluti
trent de gros noyaux, mais restent très trou
de chaux libres et quelques tablettes de ch
en vaisseaux sanguins. Après l'opération, p

Cas III. — Femme de 40 ans, présentant
toïde une tumeur du volume d'un œuf de p
loppée en quelques années; elle est mobil
qui la recouvre est saine. A l'examen, a
qu'elle est formée d'une capsule fibreuse ent
de tissu conjonctif mou, jaune, semblable à
grand nombre de noyaux et de cellules fu
sule, se transforme en tissu conjonctif à fi
abondant que les masses incluses, on trouv
nombreux petits foyers composés d'épithéli
tie est en dégénérescence graisseuse. On ren

stérine. Après l'opération, pas de

cement semblables à celles qu'on
m d'épithéliome calcifié. Lücke
par leur structure alvéolaire et
et « des cancroïdes (carcinomes
inique absolument bénigne, par
, par leur état stationnaire et
qu'il ne sait où les classer; il
capsulées et les rapprocherait
schwülste). Vu l'état avancé de
as possible de déterminer leur
nse que les deux premières se
héliaux placés dans le tissu con-
troisième, il se borne à exclure
aux dépens des glandes lym-

ostéomes hétéroplastiques de la
, ou plus rarement dans le tissu
Wilkens où celui-ci a trouvé des
qu'il croit que plusieurs des
s glandes sébacées sont à placer
plasies les plus volumineuses
nsidérées comme des athéromes

aussi Malherbe, qu'ici Virchow
égère confusion. Le cas de Wil-
nisqu'il cite son travail. Il me
ut pas, malgré cela, conclure,
antais, que Virchow parle pré-
cifié; jamais il ne fait allusion
ur et il peut très bien n'être
athérômes calcifiés. C'est aussi
471).

ès avoir cité Wilkens et Förster,
s-cutané de la joue située près
20 ans. Ce néoplasme mesurait
lur comme l'os, existait depuis

trame à réseaux qui limite des cavité
sions variables, dans lesquelles on tr
de cellules épithéliales plates, polygon
trent presque toujours un gros noyau
chaux s'y trouve sous forme de pho
calcifiées on observe un grand nombre
à plusieurs noyaux, que Malherbe app
cellules sont habituellement réunies e
en rapport intime avec les masses cal
toutes très pauvres en vaisseaux.

Dans le cas de l'observation IV, il
enve'oppante, et la tumeur est limité
ches de tissu conjonctif sans ligne de
on voit de petits points colorés au niv
dans le tissu conjonctif près de la néo

L'observation IX est relative à un
depuis vingt ans chez une vieille fem
d'un traumatisme léger, ne se cicatris
ans plus tard. L'examen fit constater
brane, de travées de tissu conjonctif
calcifiées, comme dans les autres cas
on trouva aussi des amas de graisse an
athéromateux.

Ces tumeurs sont toujours indépend
ablation elles ne récidivent jamais. Ma
d'épithéliomes calcifiés.

Le diagnostic (13, p. 79 et 80) es
d'une trame conjonctive ou osseuse
cellules formant des masses grisâtr
portions épithéliales d'un épithéliome
dirons plus : avec quelques cellules é
venant d'un de ces grumeaux que n
voit que ces cellules pleines de gra
polyédriques ou aplaties et renferment
détachant en clair sur le protoplasma,
sûr de son diagnostic ». Ces caractère
liome calcifié, et on ne les rencontre pa
Dans l'athérome calcifié, les cellules n
coupes ne présentent pas de stroma fib

Quant à l'origine de ces tumeurs, M
dans les glandes sébacées ou primitive

ıt cas l'épithéliome calcifié en
rêmement précoce.

manière suivante : la couche
ne glandulaire augmente, ces
·e d'assises superposées et au
normalement, en vésicules
ıt des globes épidermiques et
temps, la membrane conjonc-
ɔlonnettes de tissu conjo ctif
es parties de la glande. Les
sut soit à l'intérieur de la
envahissement. Les cellules
ɔc la formation des vaisseaux,
re, elles produisent des cellules
mblée; c'est ainsi que se fait
alcification d'autres cellules
des phosphates de chaux de

l'extérieur de la tumeur est
umeurs épithéliales. La diffé-
ɔithéliomes ordinaires et l'épi-
ı à la « spécificité de ses cel-
t de fécondité et subissent une
ignité de la néoplasie.

tumeur ne dépend que de
ıeurs, la trame est presque
breuse et enfin osseuse; l'ossi-
s les tumeurs adultes. et elle
sans l'intermédiaire du carti-
ètement bénigne à cause de sa

ıdes sur cette tumeur, et son
ıe monographie presque com-
cite tous les travaux relatifs à
nt celui de Wilkens qui était
ces derniers mentionnaient des
r lesquels on ne peut pas se
rbe que les cas de Lücke, de
voir la bibliographie complète.
·, constitué une classe spéciale
ıéliome calcifié et fait entrer

a sc
Corr
l'éj
nant
ans

5),
re »,
et r
elle
é sp
e l'
ut a
la
ant
uit s
e ur
it,
u c
e et

d, e
Il a
'épi
le
'obs
ent
ex
de
incr
les
t s

ithé
t c
un
s qu
iom
e te
tre.
, Ma

poir au bout d'une tige de 2 cm de longu
surface plusieurs bosses saillantes de la dir
elle avait été remarquée un an et demi
haricot et très dure ; puis elle s'était dévelo
la peau, d'abord normale, devint rouge
saillantes elle était très mince. La tumeu
l'opération elle n'avait pas récidivé. A la
épithéliome calcifié, avec l'approbation de
elle fut conservée pendant six ans dans l'a

A l'examen, on trouva une membrane
toute la tumeur ; des travées en partent,
sent, formant un stroma purement fibreu
tant des espaces de formes différentes. Ce
colorent plus, soit à cause de leur dégéné
leur précédente imprégnation calcaire. I
existe des cellules épithéliales polygonales
rer, surtout quand elles sont placées près
tôt impossibles à colorer, surtout quand ell
il existe aussi des perles épithéliales et on
rangées ou en masses, des cellules plus
corps nucléaires.

L'auteur se tait sur la significatio
dent que les masses de cellules épit
jonctif ont subi en partie la dégéné
c'est l'*ultimum moriens* ; la calcifica
masse inerte. Il est possible, toutefoi
encore en partie, même lorsqu'elle
calcaires (p. 473). Wilkens avait déjà
que, à cause de la bonne conservatio
tion n'amène pas nécessairement la

L'aspect anatomique de la tumeur
typique (p. 473). L'épithéliome calci
rome calcifié qui ne possède pas de
calcifié, qui n'a pas de membrane en

Quant à l'origine de la tumeur, vo
thèses suivant lesquelles elle provi
sébacées, comme le démontre l'obs.
glandes sudoripares, comme peut le
Chenantais, à cause de leur grossis
petites inclusions épidermoïdales e
thélium se développant plus tard exc
conjonctif sous-cutané. (De cette faç

D'une disposition à l'athérome,
ıtement en épithéliome par proli-
ace intérieure. 5° D'un athérome,
ans une seule petite place de sa
thérome, par prolifération épithé-
s le sens de la moindre résistance.
de probabilité à la première, à la
ɔothèses.
raison de sa structure alvéolaire,
rcinomateuse qui, pour des causes
place circonscrite et qui, renfermée
, n'a qu'une tendance minime ou
re. La calcification se fait par suite
avant que la tumeur envahisse le
ɔ façon un caractère bénin.
ɜ une statistique de ces tumeurs,
ns exposée en parlant du travail

dition, § 176) cite, dans sa « litté-
:ens, de Chenantais, de von Noor-
ıres il peut se développer à l'inté-
ıations qui, par leur structure,
ıe des cancroïdes; à la suite d'un
de cornification ou de calcification
soit l'épithélium soit le tissu con-
tés tubéreuses, dures, quelquefois
ans une nouvelle édition (1899),
l a dit et ajoute à sa « littérature »

ıte à la *Société anatomique de Paris*
la première sur la tempe d'un
ourcil d'une jeune femme, et qui
conjonctif sous-cutané L'examen
une membrane enveloppante con-
: ostéoblastes et lamelles de Ha-
ıa étaient remplies par des masses
ıus la coque, étaient très petites,
ɜ tout le reste de la tumeur, étaient
ɔyau était respecté par les grains
épithélium.

tumeur est grosse comme
s le tissu conjonctif sous-
ince, mais dense. A l'exa-
nt ou en rayons, formant
iales calcifiées caractéristi-
ent, sur leur limite avec
llules géantes. Dans toute
masses calcifiées, du tissu
astes, qui passe graduelle-
partout riche en cellules
l'os, il donne l'impression
tout un assez grand nom-
'our le reste de la descrip-
oisième cas.

1 homme de 20 ans; elle
veloppée en deux ans. Sa
lans d'autres; la peau qui
une petite ulcération. On
us-cutané et du tissu con-
ne mince membrane. Sa
on voit les différences de
correspondant à des pro-
onctive, pauvre en cellu-
térieurement par un tissu
vaisseaux qui présentent
1 capsule envoie des pro-
ns les mailles desquelles
n longues rangées et en
riphérie des noyaux pou-
t aussi des cellules géan-
qui est la partie la plus
es cancéreuses non trans-
on observe deux proces-
cation des cellules, qui
graduellement d'intensité
restent susceptibles d'être
lules, et leur disparition
s parties les plus ancien-
cornifiées et calcifiées. On
rect avec les masses cal-
gements pénètre directe-
ive des cellules osseuses
d'ostéoblastes marque la
e de plus, là où la forma-

tion osseuse est plus avancée, de
siègeant près de l'os dans des lac

Là où les masses cancéreuses
délimitées du tissu conjonctif qu
Par contre, là où la calcificatio
arrive à toucher le tissu conjonct
tes, il prolifère avec des mailles
gers. Tout près des masses cal
espace de dimension variable le
riche en fibroblastes, leucocytes
cherchent à remplir les espaces
aurait tous les caractères d'un
renferme pas de vaisseaux sang
jeunes cellules se perdent peu à
transforme en un tissu fibreux
processus régressifs peuvent entr
se calcifie. Partout où survient
épithéliales, le processus que no
du tissu de granulation peut se
vait que des cellules cancéreuses
de cellules avec noyaux suscepti
fication.

A la limite des masses calcai
calcifiées, clairsemées parmi les
conjonctif environnant; on y tr
qui peuvent posséder jusqu'à ce
protoplasmiques entre les cellul
entre elles; elles peuvent aussi
dans le tissu conjonctif.

Lorsque tous les processus de
épuisés, les bords de ce tissu d
cellules cancéreuses calcifiées is
du tissu fibreux, et là où celui-
dire quelle partie est formée par
tissu conjonctif.

Cette tumeur est donc un
mais transformé de façon qu
reconnaître sa structure pri
passages intermédiaires ent
n'existe plus que de l'os et d

Ce qui distingue l'épith
gaire, c'est surtout sa corn
cées, sa marche lente et l

; du sexe féminin. (26 p. 208).
Malherbe et à Lücke, pense que la
econdaire et qu'elle se fortifie par
s-cutané dès que la tumeur agit
la calcification préalable n'est pas
squ'on la rencontre aussi avec des
ense donc pas que, dans ses cas, la
sule, comme dans certaines obser-
Lücke. Dans la tumeur la plus
), il n'y avait pas de capsule; donc
it être secondaire et ne se produit
. corps étranger.
ne calcifié tirerait son origine ou
germes épitheliaux mal placés.
tion précède toujours la calcifica-
ar le fait que les cellules décalci-
jaune sous l'action du picrocar-
couche de cellules cornifiées entre
cellules calcifiées. Donc, tout en
e les cellules peuvent être enva-
rsqu'elles sont encore vivantes,
elles sont, puisqu'elles présentent
lcification, dans un état de morti-
i est très important pour expliquer

cornification serait peut-être la
capsulaire; la rareté de vaisseaux
ons endoartérielles de ceux-ci, en
tumeur, favorisent les progrès de
niers faits seraient aussi la cause
marche lente de la tumeur qui, dit
due, comme le croyait Malherbe,
L'ossification du tissu conjonctif
rite des ostéoblastes, soit par la
cellules conjonctives en cellules
cation directe et indirecte, mais
e (p. 211).
les autres observations d'épithé-
liction avec les siennes, et qu'il ne
différences. Les masses calcifiées
rangers; dès qu'elles touchent le

tissu conjonctif, celui-ci agit com
corps ; les leucocytes renferment
grains de chaux, deviennent plus
ces grains par les voies lymphati
aussi, sont actives dans la réso
là où elles sont en partie calci
dégénéré à la suite de la sclé
l'obstacle à la circulation du l
elles ne sont donc pas, comm
disent, cellules formatives de cel
de commun non plus avec les c
soit avec celles décrites par Kleb
Krauss. Enfin les cellules épithé
ses cancéreuses calcifiées, les div
calcifiées isolées viennent à se tr
conjonctives (p. 212). On ne sait
la résorbtion de ces cellules, d
invoquer l'action des sucs du tiss
de dissolution une grande quanti

En concluant, Denecke dit q
début de leur développement off
croïde, image qui devient ensuite
à cause de la calcification et de l'
tion finale explique pourquoi les
considérés comme des athérome
les a comptés au nombre des ky
disposition radiale des tissus qu
tumeur.

Je me suis un peu étendu su
que ce sont ses observations qui
des autres auteurs et à cause d
son troisième cas, qui lui a permi
de développement, tandis que les
jamais trouvé que de compléteme

En 1894, Perthes (27) dans
aussi un cas qui, par certains d
autre cas d'épithéliome calcifié,
pathologique, soit au point de vu
En voici le résumé :

ymétriquement sur les deux pieds
os du pied à la plante, en envelop-
vaient débuté sur un pied quatre
ous la forme d'une petite tumeur
rd isolées, avaient ensuite conflué
contours bien nets. La surface en
s variant du volume d'un petit pois
recouvrait était mobile, avec quel-
à la pression une bouillie calcaire.
aient pas récidivé.
stata qu'elles n'avaient pas de cap
, et travées formait une trame avec
plètement fermées. Ce tissu se con-
tané. Les deux os métatarsiens et
ncts de la tumeur; entre l'épiderme
ne couche de 2mm. Le contenu des
alcaires amorphes, contenant beau-
ss de chaux. Après décalcification,
ence hyaline, dont l'existence fut
Le tissu conjonctif était nettement
neur avait atteint son état définitif;
ıles d'apparence endothéliale. Ail-
e tissu passait graduellement dans
nbre de ses cellules jusqu'à donner
es unes ressemblaient aux leucocy-
lus rapprochées des masses calcai-
ux cellules épithéliales. Beaucoup
riches en noyaux, étaient très
llement différent des autres, car on
age entre cellules à un, deux, trois
d tout autour des masses calcaires,
issu conjonctif d'apparence sarco-
es géantes de corps étrangers, mais
diaire entre les cellules vivantes et
alines en se calcifiant, on pouvait
s. Beaucoup de cellules géantes se
capillaires ou des petites artères.
près des masses calcaires, et quel-
cellules géantes calcifiées. Quelque-
tes artères étaient si nombreuses
infiltration périvasculaire inflam-
sage de ces cellules jusqu'aux mas-
u pigment d'origine sanguine, soit
gmentaires ; ce pigment ne dérivait
ouvait surtout près des capillaires

et des petites artères et il s'étendait souv
jonctives.

Perthes se représente de la façon
de cette tumeur :

Dans le voisinage immédiat des p
laires, il s'est fait d'abord une prolifé
conjonctives qui se transformèrent en
hyalines et se calcifièrent. On voyait
de ce processus périvasculaire dans
anses vasculaires, où les espaces int
laires et les petites artères étaient
lesquelles on trouvait des cellules g
hyaline. Les vaisseaux sanguins pr
endoartérielles et un grand épais
jusqu'à complète oblitération. Certai
lesquelles on ne pouvait trouver au
seaux sanguins, étaient en communic
conjonctives tapissées de cellules end
le tissu conjonctif fibrillaire, et ave
ques. Ce fait fut constaté d'une fa
coupes en série. Dans les fentes lym
prolifération de cellules partant de
et présentant une disposition anal
observée autour des vaisseaux san
des endothéliums dans les cordon
chaux. Il y avait aussi prolifération d
formaient des cordons calcaires dans
ter aucun passage direct dans les vai
ce cas aussi, la transformation en ce
la calcification.

Dans certaines parties de la tum
de chaux isolés entourés de strati
cellules clairement séparées du le tis
ces couches cellulaires étaient, vers
nucleuses ; extérieurement elles éta
plusieurs noyaux, semblables aux c
tions étaient toujours développées

Perthes pense donc que l'origine
cherchée dans les cellules périvasc
conjonctif et dans les endothéliums d

.a même : la cellule des voies
ıphatiques, des racines lym-
ıques périvasculaires. La dis-
ıe les espaces périvasculaires
des espaces lymphatiques.
endothéliums des vaisseaux
sont nommés endothéliomes
ire ici à des endothéliomes

ques, c'est-à-dire ceux décrits
et Denecke, et il ajoute que,
ıgiques et cliniques, on peut
étation de la tumeur. Il rap-
différents auteurs, que le lec-
é précédent. Il note que sur
ifié, dont 13 par le seul Mal-
ir différentes (Wilkens, Förs-
e et Chenantais, Chiari, von
, Denecke, p. 603), et il en

igne épithéliale fondé sur le
es, sur la délimitation nette
cancéreux, sur la production
u'on peut trouver tout cela
, comme l'a fait Braun dans
nme dans les psammomes de
la tumeur, à sa périphérie,
, également une propriété du
n une de l'endothéliome. La
ke qui, seule, parlerait en
eux intime, ne semble pas
son existence est fondée uni-
, donnée par le picrocarmin,
ıbstance hyaline.
ée de la tumeur, parce que la
e; de même sa provenance
es, parce que l'existence de
fiées constatée par Malherbe
e hypothèse; de même l'ori-
s athéromes sont très rares
théliome calcifié se rencontre

surtout dans le jeune âge
Malherbe et Chenantais
(Malherbe, obs. IV) ; ell
la capsule, ce qui, comm
nion que la tumeur dériv
et dépose en faveur de la

Quant aux cellules géa
vations et les dessins de
différente de celle des ce
sont des cellules géante
entourent les parties ca
réunies en groupes, et ce
chaux; donc on ne peut

Enfin, Perthes n'adme
séparent le tissu conjonct
comme le dit Denecke, à
après la calcification, ma
duel des limites existait

Pour lui les caractère
de métastases et de réci
opposition avec l'idée d'
n'est que quand le mic
ble de l'origine épithéliale
quer la bénignité, selon M
mais pour le moment P
jeunes individus n'est pa

En exposant les résul
tumeurs en question out
mes cellules que les sarco
ceux-ci en ce qu'elles lais
typique des cellules prolif
Il émet aussi quelques co
de sa tumeur qui représe
les mononucléaires et les
rondes semblables aux l
semblables aux cellules ép
il décrit leur siège d'élect
boule stratifiée.

Il parle aussi de la cal
s'étend à des sections ent
ties différentes, tandis qu

s de la néoplasie en produisant
es corps calcaires dans un tissu
naturellement ici, comme dans
tion de chaux dans un matériel
e substance hyaline.
considérée comme la première
commençante ; la vitalité de la
des noyaux, mais elle ne suffit
a. Neumann avait déjà constaté
nte et la chaux dans le psam-
légénératifs est due à la nutri-
liférées dans les voies lympha-
leurs voies de nutrition ; les
écrits dans les petites artères,
old l'avait déjà constaté dans

des lésions qu'il a constatée
de, par la symétrie du domaine
ns, comme on l'observe dans la
décrit déjà des endothéliomes
; on connait aussi des lipomes,
métriques.
meurs, Perthes la déclare obs-
néoplasmes en général, mais le
enser qu'elles naissent, comme
nent de fausses formations con-

de l'origine épithéliale, consi-
sien, un cas de chondrome cal-
utané, décrit par Förster, et un
calcifié, décrit par Lewinsky,
ir aucun rapport avec l'épithé-

t de l'épithéliome pavimenteux
ti paraît être une lésion inflam-
ière par calcification.

(A suivre).

La fracture de la tubérosité antérieure du tibia.

Communication à la *Société vaudoise de médecine* le 9 avril 1904.

Par le Dr H. Vulliet
Privat-docent de chirurgie à l'Université de Lausanne.

Quelque rare et digne d'intérêt que soit la lésion traumatique de la tubérosité antérieure du tibia, nous n'en aurions probablement pas publié une observation isolée si le travail récent du prof. Schlatter[1], de Zurich, n'eût attiré spécialement là-dessus notre attention. Les conclusions que Schlatter tire de ses observations nous ont paru mériter d'être discutées de près. Or l'étude attentive de la lésion incriminée et la lecture consciencieuse de l'article de Schlatter ne nous ont pas fait partager les convictions de l'auteur. Nous trouvons, comme quelques confrères de Zurich, qu'il y a des critiques à faire et nous les formulerons, après avoir relaté notre observation et exposé ce qu'est la fracture ou plutôt l'arrachement de la tubérosité antérieure. Je me permets d'ajouter que ce travail a été fait avant que fût publiée dans le *Correspondenz-Blat für Schw. Aerzte*[2] la discussion qui aurait dû suivre la communication faite par Schlatter à la réunion d'Olten, le 31 octobre 1903[3].

Observation. — M. X., jeune homme de 17 ans, long, un peu lymphatique, sujet, paraît-il, aux entorses, mais somme toute bien constitué. En jouant au tennis, le 3 mai 1903, il court, veut s'arrêter brusquement en faisant un saut et sent à ce moment une déchirure dans le genou ; il s'étend tranquillement à terre et on le transporte à domicile. Il n'y a donc pas eu chute sur le genou, et il s'agit bien d'un pur effort musculaire.

Nous voyons le blessé le surlendemain, avec M. le Dr Heer.

Toute la région du genou est le siège d'une tuméfaction très considérable avec ecchymoses siégeant à la partie supérieure de la jambe. La rotule paraît remontée légèrement, soulevée en tous cas par un gros épanchemunt sanguin ; à la palpation, on la trouve intacte, ainsi que le ligament rotulien qu'on peut suivre jusqu'à la tubérosité antérieure du

[1] *Beitr. zur klin. Chir.*, Bd. XXXVIII, Heft 3.
[2] N° 6, 15 mars 1904, p. 189.
[3] *Corresp.-Bl. für Schw. Aerzte*, 1904, n° 2, p. 57.

:ur extrêmement vive. Cette douleur
›artie antérieure, mais s'étend latéra-
ıx du tibia; nous pensons à un décol-
ıpérieure.
nous empêche d'aller plus loin; nous
alors qu'il s'agit d'un *arrachement*
qu'on peut mobiliser latéralement et
ée, on la rabat facilement sur la
lation.
rdez nous a fait la belle radiographie

o. 1.

ıoblisé dans une gouttière, la jambe
re semaines mobilisation prudente et
es, débuts de marche; à ce moment
très modeste.
e 28 juin, soit deux mois environ

après l'accident, notre malheu
jambe repliée sous lui. Il mobi
épachement intraarticulaire.

On constate que le fragment
séparé de la diaphyse par un
les côtés. On peut le mobiliser

Nouvelle immobilisation de q
autorisé la marche qu'avec un
mois, nous avons fait porter c
lière en cuir.

Nous avons revu M. X. il y
livrer à ses sports favoris (foot
normale; seule la flexion est tr

A la partie supérieure du ti
bosse disgracieuse due à la per
un cal exubérant; quoique la
demander si c'est en définitve
nion dans les décollement de c

La dislocation de la tubé
rare, ou qui passait pour t
en être directe; le plus sou
tion énergique, mal calcu
colle la tubérosité sur la
rotulien. L'arrachement
remonter de plusieurs cent
très généralement le frag
s'écarte de la diaphyse, m
aux plateaux du tibia.

Le diagnostic est en gé
cette fracture peu commu

Si nous passons rapide
peuvent atteindre l'appa
1° la déchirure du tendon du quadriceps, en général à son insertion rotulienne, 2° la fracture de la rotule, 3° la déchirure du ligament rotulien à l'une de ses insertions osseuses, 4° l'arrachement de la tubérosité antérieure.

Nous laisserons de côté la première de ces lésions qui es rarissime et sans grand intérêt au point de vue du diagnosti différentiel. Des trois dernières, la fracture de la rotule, cel

[1] Eugen Muller, Die Rissfraktur des Spina tibiæ. *Beitr. zur klin Chir*, Bd. III, p. 257.

va sans dire, est de beaucoup la plus fréquente ; vient ensuite l'arrachement de la tubérosité et enfin la rupture du ligament rotulien, très rare, quoique un peu moins que celle du tendon du quadriceps. Toutes trois peuvent produire : *a)* un épanchement intraarticulaire très considérable et qui manque rarement; *b)* une ascension de la rotule (ou de son fragment supérieur) extrêmement variable comme amplitude. Mais les caractères distinctifs de ces trois lésions sont très nets et seront reconnus par une palpation exacte de la rotule et de la tubérosité.

Y a-t-il fracture de la rotule (avec un petit fragment inférieur), l'examen des deux rotules démontrera que celle du côté lésé est incomplète; il lui manque son pôle inférieur; par contre, la région de la tubérosité sera normale.

Dans la fracture de la tubérosité, la rotule est entière, à contours nets; les douleurs seront localisées à la région de la tubérosité dont on démontrera la fausse mobilité.

En cas de déchirure du ligament, rotule et tubérosité sont intactes; devant les surfaces articulaires, il ne reste que la peau.

Deux mots du traitement :

Dans les cas exceptionnels où le fragment est totalement arraché et fortement remonté, il faudra recourir au clouage, qui peut seul assurer une réduction et une contention exactes. Dans les autres cas, les plus fréquents, il suffira de rabattre la pointe du fragment et de relâcher le quadriceps en soulevant fortement toute la jambe dans une gouttière.

La compression élastique, un massage léger, hâteront la résorption de l'épanchement.

Il ne faudra pas immobiliser trop longtemps le genou ; au bout de quatre semaines, on pourra commencer les mouvements légers et essayer de mettre le blessé sur pieds, mais il faudra user de beaucoup de précautions dans la reprise des exercices violents ; on n'oubliera pas que le décollement peut se reproduire et que le genou reste pendant longtemps fragile.

Quelle est la nature exacte de la lésion ? A l'encontre des fractures de la rotule, l'arrachement de la tubérosité ne se produit pour ainsi dire que chez les jeunes gens (en moyenne de 14 à 18 ans). Il s'agit en somme d'une fracture qui appartient à la classe des *décollements épiphysaires*.

Rappelons brièvement quelques détails concernant l'*ossification* du tibia.

Un point primitif, qu
vie intrautérine, for
res (épiphyses) se d
inférieur (région ma
périeurs, le principa
teaux articulaires ;
ieure, n'apparaît qu
is plus tard se soud

Fig. 2.
Face antérieure.

Tout le bloc épiphy
mis, ne se soude à
atre ans. Les figures
la partie supérieure
nme on le voit nett
expression de Sappey
ure de l'épiphyse. A
nce dans les parti
parés, l'épiphyse re
e sur les bords et no
t une séparation en
poque de la puberté
arée du corps de l
portant qui peut, co
à une interprétatio

Boston med. et surg. ,
3, n° 25, p. 663.

nnée l'indépendance de
vie, qu'un traumatisme
. Mais nous venons de
fication de la tubérosité
apophyse, appendice de
tout avec elle ; donnant
r elle que l'effort porte
ra d'*amorce* pour ainsi
rieur. Nous avons noté
chement complet, mais
sité antérieure, dont la
k du tibia Le décolle-
tubérosité, mais se con-
dans la ligne épiphy-
considérer cette fracture
piphyse supérieure du

du lecteur une observa-
acture de la tubérosité
nelques détails ce qu'est
ssion des conclusions de

tulé : *Die Verletzungen*
Tibiaepiphyse, le prof.
cellaire de la tubérosité
n considérait jusqu'alors
ire (ostéite, périostite,
ou le plus souvent indé-
assez nettement carac-
ssion locale, 2° par un
rosité, 3° par l'absence,
de traumatisme net.
ets, alors que le point
as encore soudé à l'épi-
n point de réunion une
inaperçue, mais qui se
par des douleurs (inter-
(dans les mouvements
n épaississement de la

que l'auteur à lui seul

en a observé une *douzaine* c
observations ne nous a pas
traumatique, dans la maj
Parmi les symptômes cliniq
sa faveur.

On s'explique difficileme
traumatique, et la longue d
(ou amélioration) par le rep
ment aussi qu'un traumati
inaperçu et provoquer quan
importance. Schlatter nous
ture vraie (osseuse), mais d
ment parcellaire) dont les s
nués. Nous les trouvons tr
pour une lésion du cartilage

Je me souviens d'avoir tr
la découverte de Rœntgen,
très probablement une fract
tibia, sans qu'on pût consta
mais le traumatisme n'avait
été assez violent pour déter
ecchymoses) qui d'emblée f
portante ; une proéminence
sité persista, comme signatu

J'ai vu récemment un jeu
antérieures étaient très fort
la pression ; la descente
(football) provoquent chez
frère de notre sujet prése
mais d'un seul côté. Le pa
cèle aucun traumatisme net
rien et ne me lancerai pas
phie n'a malheureusement
vient pas à l'esprit d'admet
trique et familiale de la tub

Mais on nous objectera q
solides, qu'il y a des fractu
passer inaperçue et dans
classiques sont en défaut, te
forcé, *Fussgeschwulst*). Nou
graphie, lorsqu'elle nous mo

Revue médicale de la Suisse romande, Mai 1904.

FIGURE 1.

FIGURE 2.

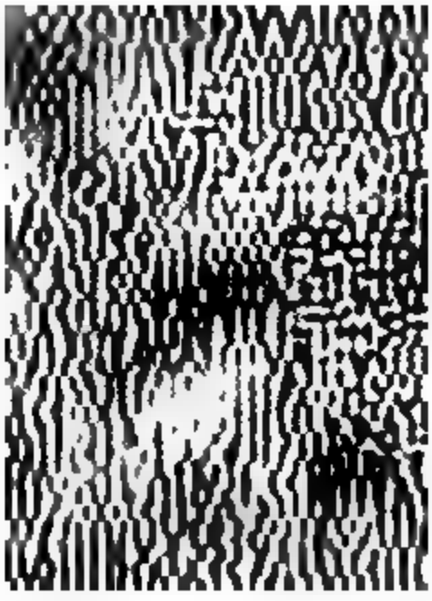
Apophyse brisée vers sa pointe et soulevée.

Proéminence anorm. du bord tibial ant.
Fracture guérie de l'apophyse (4 ans). (

FIGURE 5 *a*.

FIGURE 5 *b*.

FI



Normal.

Pointe calleuse. (?)

Fente entre
Différenciation
et p. centr

Extrait de *Beiträge zur klinischen Chirurgie*. XXXVIII.

FIGURE 3.

FIGURE 4.

Large fente entre l'apoph. brisée et la diaphyse tib. (?)

Extrémité inf. de l'apophyse soulevée.

FIGURE 6.

FIGURE 7.

FIGURE 8.

ph. et diaphyse
ntre partie périph.
de l'apophyse.

Large décollement entre apoph. et diaphyse (Soulèvement de la pointe). *Trauma net.*

Genou normal (13 ans).
noyau d'ossific. nettement dessiné à la pointe de l'apophyse.

is est-ce le cas pour la fracture
frieure du tibia?
ent les radiographies jointes au
l'aimable autorisation de l'auteur,
nche III). Pour mon compte, je ne
ndications, ni les trouver assez dé-
diagnostic de fracture, *en dépit*
seule (7) montre sans contestation
il s'agit précisément dans ce cas
celui de notre observation, et pro-
natisme.
l lui-même qui, de toute la série,
ormal de la tubérosité, peut-on
cture? Je n'en suis pas convaincu.
trêmement instructif à relever
chlatter : plusieurs d'entre elles
entre la tubérosité et la diaphyse;
nt à un genou normal; également
phié par Schuler et qui montre
vue pour ce qui nous concerne à
enoux radiographiés pour toute
travail déjà cité, a attiré l'atten-
e se voit chez des jeunes gens
pas aller la prendre pour quelque

hies (3, 4, 5[b] et 6) de Schlatter,
la lésion traumatique, que trou-
? Pas grand'chose de net et rien
ure, pas même cet épaississement
sitaire (5[b]) qui, par un raison-
erait pour une ancienne fracture
sont-elles à envisager comme des
ne le croyons pas; si, à côté de la
plaçait une (ou deux) reproduisant
normaux ou passant pour tels,
rois ce que j'ai vu — bien des
férentes les unes des autres.

ur Laupp à Tubingen. Malheureusement
ment un peu défectueuses, et le Prof.
m'informer que plusieurs des reproduc-
à son attente.

ıe juge
les deux
strict d

te du tra
ıblié un
(comme
re effecti
Cela suff
pas. Pou
la radio
en certai
; trauma
pçonnée
re en er
-conspect
ɔup, en c
ırt du no

ion à l'é
es supé
ques aut

sein-diresto

usieurs s
ɔt infant
ɔurs mal
es et bro
fus frapp
u lit des
, synchr
sortir de
des « râl
d, soign
rium-Gr

téd. de la

, chez mes malades, les mêmes
lemment dans d'autres cas
broncho-pulmonaire.
de Clairmont (octobre 1903),
sujet de ces bruits si facile-

de à ce sujet, je ne trouvai
râles laryngés, trachéaux ou
lans des manuels spéciaux
s à percevoir et observer soit
médiate ou immédiate. Et
ié que ces bruits anormaux
ndants de l'arbre aérien su-
es bronches) et se diagnosti-
mination des foyers du plus

de pathologie interne ne me
ı que je cherchais.
novembre de la *Münchener*
Cybulski, médecin en second
Jœrbersdorf (Silésie), apporte
lans un article intitulé : *Ein*
en-Kavernen. Il y expose le
uelles chez des tuberculeux
valeur diagnostique des râles
u de l'observateur quelcon-
e la longueur du canal-bron-
. ces bruits en « humides » ou
n qu'ils se produisent dans la
ies, il note des râles à reten-
ı ceux que l'auscultation au
ermet de constater dans les
. Cette auscultation que Cy-
à l'observateur de diagnosti-
s et dont les symptômes sont
, par des phenomènes de con-
nt souvent les tissus voisins

2 décembre 1903 vint m'ap-
Dr Remouchamps, medecin de
re de : *la crépitation laryngée*,

signe de tuberculose pulmonair
parfaite du symptôme qui nous
tion laryngée» devient un sig
de la tuberculose pulmonaire.
lui pour « l'auscultation vraim
les ». « Le médecin placé en f
« bonne distance au moyen de
« gauche, approche son oreille
« du sujet. La main gauche du
« du malade maintient la bouc
mouchamps décrit ensuite le
« ceux que produit la pointe fin
le papier », bruits généralem
qu'à l'inspiration. Il différenci
lose initiale des râles humide
fente caséeuse et des cavités d
fait du symptôme que donne l
nente » la caractéristique de to

Pendant la correction de ce
d'avril 1904 de la *Revue inte*
mant alinéa au cours d'un arti
tion médicale envisagée au p
pulmonaire dans ses rappor
Dr Mahillon, les quelques li
« récemment décrit par le Dr
« paraît revêtir une réelle im
« quemment l'occasion de l'ob
« cas de tuberculose avérée. Ce
« de râles fins crépitants, que l
« fait respirer profondément l
« ouverte ».

Mes observations portent su
ment. Elles ont été faites auss
consignées chaque fois non moi

Méthodes d'examen. — Décr
d'investigation. Le plus souve
aussi compliquée au point de vu
par Remouchamps.

Dans les cas de *tuberculose* c
et doit, par conséquent, fourni

l n'est, la plupart du temps, pas
ucoup du sujet observé pour per-
Bien souvent, l'observateur saisit
quand la bouche du malade est
onverse avec son médecin. Les
: les mots prononcés et font un
significatif à la parole du tuber-

.u lit du malade, on perçoit le
nts, grincements et piaulements
leur du thorax.
un coup d'œil rapide sur le facies
i vient d'entrer dans son cabinet
par les récits de celle-ci, poser,
un diagnostic absolu d'affection
robablement tuberculeuse. Nous
: ne dis ici que « très probable-

e anecdote que me contait. il y a
lu sujet qui nous intéresse, mon
ux, chirurgien en chef de l'Hôpi-

e ses amis, tandis que tous deux
te abrupte du pied du Jura vau-
pour causer et reprendre haleine
t frappé depuis quelques instants
uit semblable à celui qu'aurait pu
ant et grignotant au milieu d'un
de paille sèche. Très intrigué,
mment cherchant d'où pouvait
et le percevait, toujours plus
on ami. De plus, il faisait à part
agnon évitait autant que possible
ndant lesquelles il entamait une
mbreux arrêts explicatifs et dé-
érait de beaucoup les descentes
marchait avec une remarquable
à bonne source, M. Roux apprit ce
uit atteint depuis de longues an-
ulmonaire tuberculeuse.
vent donc être facilement obser-

ar l'entourage même d
eront ainsi données au
s les personnes vivant
nent, auront été frappe
seront peut-être préocc
fin, le malade lui-mên
malades, même dans l
ents du Sanatorium pe
ses à ma question : «
s qui résonnent dans ve
m'objectera probable
ι σεαυτον, amène d'une
asthénie et peut-être à
répondrai simplement
une source précieuse d
ions et pourra, pour
he progressive ou décr
et, à la plus petite aler
empe » chez son médeci
cela ne va pas mieux,
ant aux timorés, grâ
e, si cela est nécessaire
onnable en l'espèce,
lir le calme dans leu

malade fera son « auto
ce, le soir, au lit de pre
ie, par suite du frotten
ils de barbe) contre le
ne soit surajouté. Ten
les sons, sa main en for
he, le malade exécuter
rofonds et lents. Il ent
s petits ou gros qui so
fines de son arbre bron
ra ainsi un point de co
'il aura perçu auparav
méthode que nous em
alade de faire, à interva
randes et profondes in
nt sa bouche à demi-ou

vant son malade ce qu'il désire

e approchant votre oreille « la
ade, vous percevrez les bruits
trop. Rester aussi un peu de
désagréable du souffle chaud,
ignant en plein ; éviter aussi
abit accès de toux, le malade
ille ou sur vos cheveux.
e oreille appuyée sur le thorax
anormaux intrapulmonaires, de
nément les mêmes râles émis
nplique la production de râles

le et probablement plus exact,
noyen d'un récepteur-résonna-
tique conduisant les sons jus-
au moyen de tuyaux de caout-
ns gros et plus perfectionné ce
nieux celui de Snoften sont en

. — Quels sont maintenant ces
l des très fins canalicules que
aussi à l'entrée des alvéoles
usement éclater à notre oreille
érale, mais souvent très exacte,
des parois thoraciques va nous
préciser et de localiser?
uscultation thoracique ne nous
l'auscultation des bruits émis
avait encore « quelquechose »,
lonnait ou « moins », ou « pas
t « plus rien ».
'inverse peut se produire et se

parlent que des râles humides
a forme d'une « crépitation la-

oi j'ajouterai en tout premier
bruits émis, les sifflements ou
toires plus rarement) qui m'ont

paru se produire dans les c
lesquels l'auscultation la pl
de déceler que :

1° Des modalités et des q
vant les régions examinées

2° Des sibilances, souven
localisées dans dans le foye
lésions tuberculeuses tout s

3° Des craquements en g
et secs.

Souvent parfaitement se
retrouvent dans beaucoup (
cés que j'ai observés. Elle
s'atténuent ou augmentent
culose tout à fait au déb
sans aucune expectoration
persisté comme symptôme u
cussion ne donnait presque
précédemment avait fourni
de lésion tuberculeuse, ne
pour ainsi dire négatifs (mu
formé).

Ajoutons de suite que j'a
que je viens de dire. Plusie
lésions faciles à diagnostiqu
simple percussion thoraciqu
donné aucun bruit émis par
minutieusement qu'ils aient

Chez les premiers, la guér
tandis que les seconds, pa
complète de leurs lésions, j
leur système bronchique et

Ce sont donc là des tuber
cielles, circonscrivant et en
foyer dur ou même cavitair
cavitaire, avec sclérose e
foyer, suivant les jours, l
donne aucun râle émis par
au travers de la paroi tho
tion du contenu de la cavit
plètement).

ıleux et ne pas présenter de « cré-
de « sibilances émises ».
s appréciables seulement au long
ou ailleurs, suivie d'un résultat
cicatrisation des lésions.
de tuberculose pulmonaire, même
t, on perçoit *au moins*, à l'auscul-
ı bouche, des *sibilances expiratoi-*
moins serrées. Tantôt elles sont
ıentent sous forme d'un véritable
près aussi marqués que ceux émis
emphysémateuse ou asthmatique.
égers, on se trouvera en présence
ss bronchioles pré-alvéolaires ou de

lésion tuberculeuse évolue, et nous
lissement ; elle s'accompagne aussi
calisé et nettement humide.
permettra de percevoir les *craque-*
les râles sous-crépitants fins et les
calibre aussi
transmis le long du canal aérien.
fortement par amplification des
ustique d'un genre spécial.
nette, sans être aggravée d'un
yennes ou grosses, l'observateur
ent de bulles également très petites,
le l'expiration aussi, toutes deux
ır ampleur et leur retentissement.
, en effet, une rudesse spéciale du
ıue provoque le simple passage de
ɔruits de râles surajoutés) le long
ɔarer ce bruit dur et rude ave le
e et doux de l'air respiratoire, c'est
ı bruit produit par le passage d'un
u de caoutchouc de fort calibre,
lles, élastiques, et le bruit que don-
avers d'un tube moins lâche, aux
mes, à surface irrégulière ou ru-
n un manque d'élasticité en même
e. Je ne parle pas ici de la *durée*

e des « tempe
ıt presque touj
ou raccourcies.
la fin de l'insp
era donc la vé
champs.
une parenthès
n de cet auteur
laryngée [1], ce
ervateur non av
ession mieux ad
rai plutôt des
des voies aérie
raccourcie pa
oyons dans nos
reviens à ma
s plus humide
inspiration et d
pour établir un
de bruit corres
champs (« plum
ne comparaison
es crépitements
brosse à dent
e de papier. Du
sous qui pourra
s râles humides
e pulmonaire, o
ıd degré, soit d
de la classifica
Toutes les tube
frose dense parf
Les formes *bro*
Les formes *pos*
ogène tubercule
n'ai pas encore

emouchamps appel
num d'intensité es
s bruits qui prenn
naires ».
ulletin médical, d

le *granulie discrète* assez nettes et

nulie généralisée asphyxique, accom-
ons plus anciennes et ouvertes des
ésultats positifs quant à l'émission

t *râles cavitaires émis*. Enfin, au-
ulièrement fine, inspiratoire et expi-
nultiples râles que nous donnent les
séeuse avancée, ainsi que les cavités
lement à l'auscultation thoracique.
e de râles émis, les uns très fins,
congestifs environnants, d'autres
osses et plus éclatantes, aux deux
lessus encore, ressortent des râles
résentant, de plus, une résonnance
ou souvent même, ces bruits déjà
voilés ou simplement accompagnés
ements, froissements ou sifflements
es vestibules bronchiques dilatés ou
les-mêmes creusées dans le paren-
ruits formera le caractéristique des
ires ulcéreuses de Bard).
'état d'humidité, ces râles se retrou-
n tout ou partie, comme *râles cavi-*
n de l'auscultation directe.
ouchamps, il nous est arrivé de poser
rité » ou tout au moins de « dilata-
ronchite tuberculeuse concomitante,
éclaration d'admission portait seule-
second degré, début », ou même
egré, forme fibreuse. »
âles émis m'obligeait à ausculter avec
d'habitude. Chez tous ces malades,
nce d'examen, soit après quelques
repos, pendant lesquels les lésions
blement régressé, l'auscultation tho-
and retard, me démontrer la pré-
é soupçonnée, soit superficielle, soit,

ver de *bronchiectasie* franche, non

:uleuse, mais je crois pouv
onner, au point de vue des
qu'une cavité tuberculeuse
:copique et bactériologique
erses réactions générales au
:uline, pourront donner la so
t surtout dans ces cas de
istic à distance se fait d'
e du malade dans son cabin
localiser ses recherches et
ues.

alisation des foyers de pro
physiques certaines ou prob
'bre aérien pourrons-nous m
mis ? Seront-ils toujours des
'oyers de production ne sero
ir du parenchyme pulmona
cations bronchiques et des a
Gros râles secs. Pour les siffl
ments, etc., la question se
r aériens sont seuls en cause
u les cavités ayant accès d
calibre supérieur ou moy
racique vient là en aide à l
ément les bruits perçus, soi
r l'oreille seule. Du reste,
gros coups de froid » nous p
e moins accusés, signes qui
primitive s'éloigne et que
).

Sibilances. La localisation d
lté :

bronchite simple, la bronch
se, l'asthme pur ou l'asth
naire et la bronchite capill
expiratoires émises. Nous le
cas. Elles sont expiratoire
'sémateuse), mais l'inspira
te.

mucosités très fines vibra
s, éloignées l'une de l'autre

ı niveau de leurs insertions thy-
les sibilances semblables. Cepen-
ıduite par le renforcement des
'os (bruit de drapeau, de clapet,
e; l'auscultation stéthoscopique
'erait, l'*examen laryngoscopique*
.
bronchique, au niveau des bifur-
les *lames vibrantes* soit par épais-
intérieur du lumen, de la mu-
, soit par étalage des sécrétions
tte muqueuse; ces lames vibre-
ɜ lamelles mobiles et sonores des
ıts à vent. Chaque mouvement
oires provoquera des sons élevés
passent dans les bronchioles les

ités formant lamelles ou cordes
préalvéolaires.
ɜxiste dans les parois de l'alvéole,
ıique, un véritable anneau mus-
ɜme réflexe ou par parèse inflam-
nouvel instrument musical; les
t rapprochées, de l'orifice alvéo-
:une avec bruit sous l'action de

ue toutes ces causes coexistent
éciable : *les sibilances émises.*
montre aussi la présence de ces
n moindre quantité que l'ausculpuverait :
parenchyme pulmonaire : donc,
s lésions purement bronchiques
des altérations du tissu pulmo-
act, transmettant mal les râles ou

ıt intrabronchique de ces sibi-
ɜnt les bronches.
'ent ensuite les « râles humides »
la lésion tuberculeuse nettement

ar calibre est
sée, par cela m
ns les alvéoles
auscultation th
ns, au début du
s secs et humid
fins. — Je lais
es phénomènes
du parenchym
malades « heu
sion, celle-ci g
ontrôler pour
é des râles émi
des râles sou
s correspondent
gée. Plusieurs
ésultats très re
isque donc les
se produisent s
les plus fines b
le la muqueuse
s, plutôt fluides
isque ces râles
sonorité aux br
bouche des ma
s râles fins ém
aire et se produ
chioles pré-alvé
contrôle exact
ssu des poum
s anormaux est
Râles humides
humides moin
orie des râles
s râles doivent
unes ainsi que
aire caséifiée.
parenchyme
ux dur, ou cas
ir aux dernière
lus des phénom

es bruits nous parviennent très
ent rapprochés. Les râles que
ucique) décèlent seront soit des
ou gros, soit des râles franche-
ı général, acquérant un timbre
ı mesure que la fonte caséeuse
les ulcérations du parenchyme

me le remplace dès que l'exca-
ée.
constater que les bruits émis à
nt bien dans des cavités intra-
achée ou ailleurs. En effet, dans
entourées de leur zone congestive
ce dans les lobes supérieurs res-
aigu des parois thoraciques supé-
reuse et adhérente, ces excava-
ment « collées » aux parois du
ours en réalité.
plus aisées, et, pour peu qu'un
roduit à leur intérieur, le petit
éclatant si près de l'oreille per-
omparaison presque *absolue* avec
ıvers de la bouche du sujet.
émis au cours des temps respira-
passant, que les bruits émis les
ment *à la fin* de l'inspiration,
en général.
ns j'ai noté et vérifié les faits

ans les cas d'affections pulmo-
« encombré » de ronchi, piaule-
ides.
ents. les bruits moyens et enfin,
rnière limite, les bruits les plus
nous démontre le passage de la
et faisant en premier lieu gron-
sités qui tapissent la trachée et
tion et hile). Puis les bronches
leur tour par le courant inspira-
moins larges de leurs sécrétions;

enfin, l'air, pénétrant dans le
les alvéoles déjà probableme
thoracique inspiratoire forma
des orifices et des canalicules
mucosités.

Au retour, les choses ne se p
inverse, du moins pour ce q

Nous savons qu'une notabl
évacué (tout au moins pas «
comme « air résidual » à l'in

Les parois de celles-ci sont
les processus inflammatoires
se fait pas immédiatement à p
les, étant admis surtout que l
partiellement obstruées ou r
La grosse masse de l'air cont
bronches, part en premier lie
l'expiration que, semblables
bant flasques et à demi vidés
celles dont l'intégrité est enc
en sifflant et crépitant finem
De là une expiration souve
et sifflements produits seulem
cuation du contenu broncho-a

En terminant, je citerai u
la localisation *profonde* des r

Chez plusieurs malades qui
et éclatants, de tous les calit
sciencieux, au *laryngoscope*,
la bifurcation des bronches n
mucosité capable de produire
au travers de l'âme de ce tul

Les malades eux-mêmes
ques-uns les localisent dans
plupart croient les « sentir »
sous la partie supérieure de l
D'autres plus rares, indiquer
les râles : Ils sentent, à l'intéri
que leur bouche émet. Il est
sont là, en général, des cas d
spécialement.

Valeur diagnostique des râles émis permanents. — *La constance des divers râles émis,* dans tous les cas de tuberculose pulmonaire que Cybulski, Remouchamps et moi-même avons observés, en fait un *symptôme presque spécifique* :

On peut affirmer que tout malade au facies et à l'habitus suspects, chez lequel l'auscultation *directe* démontre la présence et la constance de *râles émis,* ou de la vraie et fine *crépitation laryngée,* sera *atteint de tuberculose pulmonaire.*

Diagnostic différentiel. — Le diagnostic différentiel sera difficile dans les cas de *bronchite emphysémateuse avec bronchiectasie* unique ou multiple.

Mais, je le répète, je n'ai pas encore pu observer de cas semblables, et ne puis appuyer fermement cette proposition.

L'expiration longue et sifflante des *asthmatiques* est assez connue et spéciale pour que je l'omette d'emblée.

Cependant, j'ai pu observer au Sanatorium-Grand-Hôtel de Leysin un cas de tuberculose (lésion fibro-caséeuse légère d'un sommet) voilée, chez un arthritique neurasthénisant, par une *bronchite asthmatique* très considérable; râles fins inspiratoires et sibilances expiratoires prolongées formaient un concert caractéristique.

La *bronchite capillaire* m'a fourni, même chez des enfants du premier âge, des sibilances expiratoires très nettes, et d'autant plus accentuées que la bronchite était plus diffuse.

Crépitation très fine et surtout sibilances expiratoires sont perçues chez des *pneumoniques* en état d'*œdème pulmonaire* par stase d'insuffisance cardiaque.

Dans ces cas extrêmes, avant l'apparition des *râles trachéaux* proprement dits et d'un pronostic immédiatement fatal, les bruits émis révèlent l'intensité du processus morbide.

En somme un diagnostic différentiel absolument exact et complet, est encore à faire. Il ne pourra être parachevé que dans un service hospitalier où les maladies les plus diverses sont traitées et observées concuremment.

Râles émis chez les enfants. — Un cas de tuberculose avéré, avec foyer scléreux de la base gauche, chez une fillette de dix-huit mois, m'a permis de constater aussi les sibilances expiratoires et même quelques bruits émis, très fins, inspiratoires, ces derniers d'une façon très inconstante. La mère de l'enfant avait aussi entendu les râles émis.

Ce fait nous suggère aussitôt l'idée d'utiliser l'auscultation des bruits ou râles émis chez les bébés.

Pendant le sommeil d'un enfant souffrant d'une affection intrapulmonaire ou bronchique, comme le petit malade dort en général ou très souvent la bouche ouverte, la constatation des râles émis sera des plus utiles pour révéler des lésions migratrices ou centrales que l'auscultation thoracique rendue très difficile à l'état de veille par les cris et les gémissemeats de l'enfant, n'aura pu faire apprécier exactement.

Utilisation chez les opérés. — Chez des opérés ou malades qu'il est dangereux ou impossible de soulever dans leur lit pour permettre une auscultation fréquente et suffisante, la présence ou l'absence, l'apparition ou la disparition des râles émis présenteront un intérêt très considérable au point de vue des complications pulmonaires toujours possibles.

J'ai eu l'occasion de constater récemment la valeur de ce signe chez un amputé de la cuisse gauche, très asthénique et déprimé, et difficilement mobilisable.

Valeur pronostique des râles émis. — Un dernier point, enfin, qu'il est absolument nécessaire de signaler c'est le grand avantage que *dans la pratique* vraiment « courante », le médecin très occupé retirera de l'observation fréquente et attentive des râles émis.

Connaissant déjà son malade pour l'avoir précédemment ausculté et percuté, le médecin établira ainsi, sans même obliger son client à se dévêtir devant lui, des indications rapides et précieuses sur la *marche* heureuse ou fatale, lente ou précipitée de l'affection pulmonaire.

Une cure d'air et d'altitude suivie d'amélioration amènera mathématiquement une diminution et même une disparition absolue des râles émis (en cas de guérison dite apparente).

Tel de nos malades, atteint d'un ou plusieurs foyers des sommets, qui présentait à son arrivée un véritables fouillis de râles émis sibilants et humides correspondant bien aux râles perçus par l'auscultation thoracique, ne me donne plus maintenant, après trois ou quatre mois de séjour au Sanatorium, que de rares sibilances expiratoires d'une inconstance notoire.

Chez un autre « amélioré », une lésion cavitaire maintenant asséchée ne me fournit plus que de fins sifflements émis à l'expiration.

Par contre, lorsque, en janvier 1904, une épidémie de grippe,

importée de la ville, vint exercer ses rigueurs dans nos salles, j'eus l'occasion de voir réapparaître et augmenter, chez plusieurs d'une façon vraiment inquiétante, les râles émis chez *tous* les malades atteints.

Les cas d'*hémoptysie* notamment avec violente poussée congestive et hémorragique, présentent tous une augmentation des bruits émis. Ceux-ci sont en général très fins et très serrés, inspiratoires surtout et expiratoires aussi.

D'où la proposition suivante :

Toute poussée congestive nouvelle (et quelconque) s'accompagne d'une *augmentation correspondante,* souvent énorme des râles émis.

En résumé, les râles émis composent bien un signe diagnostique et pronostique dont la valeur me paraît suffisante pour que ce symptôme soit vraiment vulgarisé et popularisé.

Conclusions. — Je termine ici cette étude, bien longue pour un simple détail clinique, en énonçant les conclusions suivantes:

1° Les râles que, grâce à l'auscultation thoracique, nous percevons à l'intérieur des poumons malades, peuvent être observés intégralement, souvent même d'une façon plus précise, par *l'auscultation directe*, au travers des voies aériennes supérieures dont l'orifice initial, la bouche, est ouvert ou entr'ouvert.

2° Ces râles ainsi *émis* sont observables et observés aussi bien par le malade qui les produit que par le médecin ou l'entourage du sujet.

3° Ils forment un symptôme diagnostique et pronostique important de plusieurs affections bronchiques et pulmonaires.

4° Leur présence chez un malade suspect de *bacillose* confirmera d'une façon absolue les lésions d'une affection pulmonaire tuberculeuse.

5° Cependant, des foyers de tuberculose pulmonaire guéris ou en voie de cicatrisation avancée (enkystement local ou sclérose généralisée) pourront exister sans donner lieu à la production de râles émis

6° La qualité et le calibre des râles émis détermineront le degré d'évolution de la lésion pulmonaire tuberculeuse :

a) Sibilances expiratoires, caractéristiques d'une lésion bronchique ou péribronchique tuberculeuse; soit premier symptôme appréciable d'une invasion bacillaire donnant lieu à un catarrhe

.lisé ; soit, signe d'une lésion jadis plus considérable, en voie 'égression et de cicatrisation – le catarrhe fin concomitant . le dernier phénomène perceptible au point de vue des sibi- :es émises, avant le silence complet de la guérison appa- te.

) *Râles émis humides* (de différents calibres), signe absolu, cas d'émission prolongée, d'une lésion tuberculeuse déjà ement déclarée ; ils dénoncent la présence du catarrhe ıide ou d'une tuberculose ouverte dans ses différentes mo- tés.

Clairmont, le 4 janvier 1904.

Quelques données statistiques sur la tuberculose des enfants et des adolescents.

par le Dr Huguenin, privat-docent
Premier assistant à l'Institut pathologique de l'Université de Genève.

a tuberculose humaine a donné lieu dans ces dernières années ısieurs travaux statistiques basés sur les résultats fournis les autopsies (Nægeli[1], 1900, Zahn[2] 1902, Hof[3] 1903, ı[4] 1904). Les trois tableaux de ma courte communication dressés d'après les protocoles des autopsies faites dans titut pathologique de l'Université de Genève, par et sous rection de M. le prof. Zahn, de 1876 à 1903, sur des mala- ıgés de moins de 21 ans.

ai entrepris ce travail pour voir si la tuberculose à cet âge 'ésentait avec la même fréquence ici à Genève que dans tres villes, ou si la tuberculose intestinale primitive s'y ontrait plus ou moins souvent que dans d'autres villes. ı les trois tableaux qui suivent, je n'ai tenu compte que des ɔour lesquels la tuberculose avait été la cause de la mort. fait abstraction des cas de tuberculose latente. Le nombre :ux-ci se montait seulement à 13, chiffre ne correspondant

irch. Arch., vol. 160.
'ünch. med. Wochen., 1902 et *Rev. med. Suisse rom.*, 20 jan- 902.
hèse de Kiel, 1903.
erl. klin. Wochen., 1904, nos 11-13.

beaucoup trop bas ; pour avoir
le cette catégorie de lésions, il
ystématiquement, ainsi que le

j'ai relevé tous les décès sui-
erculose, puis, dans une der-
les morts dues à la tubercu-

.u I.

Décès dûs tuberculose.	% des décès dûs à la tuberculose.
—	—
4	13
12	17
47	35
20	43
19	41
83	40
287	

tuberculose n'a jamais été la
ux premiers mois de la vie,
ès le troisième mois. On voit
meurtrière pendant les der-
que pendant la première moi-
lémontre encore qu'elle aug-
ent et qu'elle cause le plus de
e période la fréquence de la
is entre 16 et 20 ans elle est
a cause de la mort que chez
se (floride et latente) se ren-
,56 % de la totalité des cada-
gique de Genève. (Les enfants
peu près le 1/15 du nombre

s chiffres du tableau I m'ob-
ent pas avec ce qu'il a observé
lans une certaine mesure, car
erculose est plus considérable
atèle particulière. Il est même
particulièrement considérable

à Genève pour les enf
tuberculose à l'hôpit
d'âge, tandis que dan
plus grandes soit pl
(Nægeli, Zurich, 25 %,

Mais je dois faire re
mes observations et ce
malades, n'est peut-
penser d'après les don
giques, mentionnées d
culose infantile, même
méconnue pendant la
trop incertaine. Si c
infantile se présente d
fréquente sera-t-elle d
patient est si difficile
quer qu'il arrive très
soit posé chez les en
réellement.

II. — Dans le table
décès soit ceux dus à
âges et les sexes.

AGE	Nom total d
1re année	7
2-15 ans	14
16-20 »	11
1-20 ans	33

1re année	5
2-15 ans	11
16-20 »	9
1-20 ans	26

Il est curieux de
personnes âgées de m
est relativement plus

masculin, tandis que chez les adultes
e inverse ; pour cet âge-là il y a plus
s qui meurent de la tuberculose, du
s faites à l'Institut pathologique de
uls de Zahn le démontrent.
on de Koch au Congrès de la tuber-
, et celle de Behring au Congrès des
allemands à Cassel, en 1903, ont
n sur la tuberculose primitive de l'in-
phatiques mésentériques.

TABLEAU III.

	3-12 mois.	2-15 ans.	16-21 ans.
	81	256	210
s.	16	86	90
t des ulcérations			
es.	5	16	40
se avec ulcéra-			
	31 %	16 %	44 %
tive de l'intestin			
érique.	2	4	1
ntestinale primi-			
mbre total des			
	2,5	1,6	0,5
ntestinale primi-			
ibre des cas de			
	12,5	4,9	1,1

uve avec évidence que la tuberculose
inue comme fréquence d'année en
n maximum justement dans la période
t exclusivement lactée. Ce fait parle
l'opinion que la tuberculose intesti-
première ligne à une infection occa-
la tuberculose contenus dans le lait.
ette hypothèse, il faudrait en faire
sible d'après laquelle le tube digestif
é plus grande pour les bacilles pro-
aux objets que les enfants mettent
endant la première année de leur vie,
able.

Tous les cas de tuberculo
naient des sujets présentan
cavernes récentes ; chez aucu
monaires cicatrisées.

Je n'ai rencontré que deux
primitive indépendantes d'
admis comme cas de tubercu
ceux dans lesquels on ne trou
culose des ganglions péribron
un certain nombre de cas le
ganglions mésentériques aien
ganglions péribronchiques et
soit agi de deux localisations
pour ne pas hausser le chiffre
tinale primitive, j'ai fait abs
pensé à la possibilité d'une d

La tuberculose intestinale
quente ici qu'à Berlin (Orth
s'explique simplement par le
Mes chiffres sont, par contr
qui admet pour les enfants
primitive.

D'après mes calculs, les ul
ses seraient plus rares chez
16 ans que chez ceux de 16 à
tions présentent à peu près la
Ceci s'explique par le petit
lésions tuberculeuses pulmo
âgés de moins de 17 ans.

SOC

SOCIÉTÉ VAUD

Séance d

Présidence de M

22 membres présents.

Le président annonce que la
défense des intérêts professionnels
Jaunin, Schrantz, Schnetzler et
nommé ultérieurement.

icture de la tubérosité antérieure du

r une *obstruction intestinale aiguë.*
nse grêle fixée par une adhérence au
malade, après plusieurs crises sérieu-
froid six mois auparavant ; l'opéra-
en qui pût faire prévoir les graves
se déclara brusquement, en pleine
après le début des accidents, montra
La bride mince mais résistante qui
ustouri ; à côté de l'insertion de cette
cicatrice un peu déprimée, ancienne
on). La guérison eut lieu non sans
e huitaine de jours.
aumatique de l'intestin dans un sac

e hernie inguinale gauche, reçoit d'un
bas-ventre ; douleurs très vives, vo-
, qui voit le malade 18 heures après
modéré de tout l'abdomen, mais ce
ventre ; la tension musculaire em-
dominales générales avec maximum
être librement dans l'orifice inguinal ;
de. Etat général très fâcheux. Une
n haut permet d'arriver sur une anse
ire à peu près transversale, qui est
couvertes de membranes fibrino puru-
che. Exitus douze heures après l'opé-
alisée, pas d'autres déchirures intes-

ent pour l'opération *immédiate* dans
La tension (rétraction, dureté) des
présomption en faveur d'une perfo-

rare du tibia, montrant la pénetra-
t supérieur, mais sans éclatement de

ication qu'il résume ainsi :
é depuis quatre ans aux bains des
facilement supportées et n'ont amené
ux. Sur cent malades ayant suivi ce
51 atteints de rhumatisme dans ses
s douloureuses du système nerveux,
phlébites, 13 d'affections chirurgi-

cales, raideurs articulaires, ani
meilleurs résultats ont été cons
Les rhumatismes ont été en gé
polyarticulaire cependant est r
chez de jeunes sujets, et là ot
D'excellents résultats ont été e
salins et les injections chloruré
ques des annexes, anciennes et
tion sédative du fango est bien
agit peut-être aussi par son poi
autour des articulations. Le m
ment, a aussi une influence ca

M. Gonin donne quelques dé
qui, le 26 août dernier, ont été
stand des Charbonnières. La d
électrique, blessa l'un des secré
de la sonnerie suspendu au-de
gauche. Les lésions extérieures
et, sur l'avant-bras gauche, une
ble à celles que produit une l
furent le siège d'un trouble d
gauche montra au bout de p
ticale postérieure et le *cristal*
une opacification de sa cortic
cristalliniens sont en voie de r
des deux nerfs optiques, de tel
bien que l'acuité visuelle, très
tée à 1/2 pour l'œil droit et à 1/

Etant donné les circonstance
l'accident, ces lésions oculaires
de la décharge et non à l'acti
faut donc les séparer bien nett
éblouissement.

SOCIÉTÉ M

Séance du 10 ma

Présidence de

25 membres présents, 2 étra

M. Bard : Le malade prése
montré l'estomac à la séance
d'une *linite plastique*, tumeur

qu'elle forme une plaque indurée dans la
reste indemne. Cette disposition explique
le résultat négatif des lavages.
réaction du liquide stomacal ?
d'acidité.
le dont les antécédents n'offrent rien de
l'éthylisme. Le 21 février, après une très
s à peine, il a été pris d'une telle lassitude,
à quatre pattes; arrivé dans son apparte-
mpe qu'il croyait tenir fermement. Après
lever, mais peut à peine se traîner, et trois
ement paralysé. A son entrée à l'Hôpital,
ulaire bien marquée pour certains muscles
ouble nerveux, la diminution de la sensi-
une amélioration très manifeste se cons-
irs après le début des accidents. Aujourd'hui
plus rien d'anormal.
ynévrites? L'absence de troubles de la sen-
hie parlent contre. Si c'est une poliomyé-
aralysie infantile? Est-ce une intoxication
liagnostic est difficile à poser. Le pronostic
dité de l'amélioration.
st le métier du malade.
faire avec le plomb.
it l'origine médullaire ; la paralysie du
tte opinion. Il croit à une intoxication.
e femme une paralysie complète avec tron-
nisation généralisée, à la suite d'une asphy.
e d'origine toxique s'est guerie en trois
tion.
a des hémorragies miliaires qui se résol-
la prompte guérison. Ici il doit y avoir eu

lade a dans son entourage d'autres person-
gues; on a cité des cas larvés de poliomyé-
ilysie infantile.
s son entourage.
rme *kyste spermatique* pesant 100 gr., qu'il
z un malade âgé de 60 ans et qui deux ans
'un traumatisme du testicule du même côté.
tait greffé sur la tête de l'épididyme.
Dupraz n'a-t-il pas simplement ponctionné?
plus simple et même plus facile; l'incision

provenant du malade qu'il a présenté à la

Société le 25 février (voir p. 307) (
bose de l'iliaque primitive. Le cœu
mateuse à sa bifurcation; au niv
grande plaque d'athérome; dans l'
de 20 cm; mêmes thrombus dans
droit; lésions typiques d'endartérite

BIBLIO(

N. Loewenthal. — Atlas zur ve
d'histologie comparée des vertébré
51 pl. comprenant 318 fig Berlin

Ce bel atlas est consacré principal
quelques figures soient aussi relativ
ment à celle du système nerveux M
res originales et presque toutes so
dizaine qu'il ait déjà publiées; elles
parations et sont le fruit du travail
empruntées tantôt à l'homme tantôt
aux cartilages, aux os, aux tissus c
épithéliums, à l'œuf, aux spermatozo
toire et au sang. Ajoutons qu'elles s
et que le texte qui les accompagne e
cond les proportions d'une simple
nous ne pouvons que recommander
tologie de Lausanne, à tous ceux

B. Reber. — Pharmacie de poche d'u
ext. du *Bull. de la Soc. fran*

Cette curieuse et intéressante n
que l'auteur nous a très aimablemen
à la description d'une petite cassette
Sion (Valais) et qui a figuré dans le
nationale suisse de Genève en 1896
dans l'Indicateur d'histoire et d'ant
Dr C. Brunner, dans un mémoire i
auf dem Boden der Schweiz, mais l
description détaillée.

lpté dans un seul morceau d'ivoire; il me-
$^1/_2$ cm de largeur et un peu plus de 3 cm
des figures d'Esculape et d'Hygie, s'y intro-
Cette cassette a été trouvée dans la cham-
Valère à Sion, où elle paraissait avoir été
e renfermait des reliques venues probable-
s des deux divinités de la santé placées sur
n'avait point été d'abord un reliquaire et
primitive; celle-ci ressort également de la
acés à son intérieur (fig. 1) et qu'on re-

Fig. 1.

ies considérées comme des pharmacies por-
elle paraît remonter à la fin du IIIe ou au
de notre ère.
on peut le voir par la fig. 2, portent leurs
ulape tient en outre dans sa main droite un

objet qui semble être une pomme
ou quelque fleur ou plante médic
têtes a dû être ajoutée quand la b
placé au-dessus devait s'adapter u

I

M. Brunner mentionne, dans l
boîtes analogues datant de l'époqu
l'une d'elles, en particulier, prove
encore des pastilles et d'autres r
compartiments, est la plus compli
si, tout en servant à transporter l
petit autel portatif pouvant être
médecine ne s'appuyait que sur u
réduite le plus souvent à l'emplo
ticien avait-il peut-être plus de co
sa boîte portant, dit M. Reber, «

les une suggestion salutaire qu'on
modernes ».

3.

(fig. 3) que l'auteur a ajoutée à
e de Sion, et qui lui a été com-
elle reproduit une plaque en mo-
qui fit partie de l'empire romain,
es d'Esculape, d'Hygie et de leur
vent à côté d'eux dans les monu-
dessous porte : *Aur(elius) eternalis*
sculpture un intéressant objet de
si bien décrite par M. Reber. C. P.

e à virus fixe et ses lésions histolo-
fig ; ext. du *Journal de Neurologie*

sité de Lausanne, discute la ques-
tées à la rage et rapporte les recher-

ten Zeiten. *Pharmac. Post*, Vienne

ches que l'auteur a faites sur ce
rimentale et de parasitologie dirig

M. Ch. Ladame rappelle d'ab
vasculaires du bulbe ont été rega
rage, puis Babès décrivit le tub
comme caractéristique de la mala
l'existence de la même lésion da
fut généralement admise jusqu'à
spécificité de ces altérations ; il a
noueux du vague chez les anima
si spécial que l'examen de ce ga
sûr de reconnaître la rage du cl
lésion ganglionnaire ne suffit p
l'infection rabique.

L'auteur, après avoir résumé
question, expose ses expérience
allongée triturée du lapin mort d
tiquées suivant les trois modes de
subdurale et de l'inoculation n
Salomon). Il a également fait des
ties égales de bile de lapin enrag
ne pouvons entrer dans le détai
d'examens histologiques illustrés
que M. Ch. Ladame résume en
qui l'ont amené aux conclusions

1° La rage expérimentale à v
cifiques.

2° Des altérations vasculaires
sionnées par la rage expérimental
de l'inflammation.

3° Le *nodule* rabique du gang
de l'inflammation de cet organe
du dit organe. Il se rencontre da
le croup, chez le chat réséqué de
intoxiqué par la bile.

4° La localisation pas plus
des laboratoires ne permettent
la rage.

5° L'anatomie pathologique de
de toutes les lésions des enve
des altérations interstitielles tant
tre dans tout le névraxe.

6° Le mode d'introduction d
pas avoir d'importance pour l'
rabiques.

nocule est plus affecté que son con-
nasale n'a pas de prédilection dans sa

ne minimes, de la rage expérimentale,
que l'animal meurt sidéré avant que les
oluer.
à la résistance individuelle de l'animal
es lésions rabiques.

---

es maladies de l'enfance, 2me édition,
avec fig. Paris 1904. Masson et Cie

idement au second que nous annoncions
aux maladies des appareils respiratoire
particulier un article de M. Combe,
xœdème ; d'autres articles ont été refaits
spasme de la glotte, par M. Avendano,
faundler, emphysème pulmonaire, par
ur quelques affections du cœur et des vais-
sont entièrement nouveaux, ainsi que
ronchites et les pneumonies interstitiel-
s du corps thyroïde, de M. Comby sur
r le stridor des nouveau-nés, etc. Cette
ent augmentée et a sa place marquée dans
décins qui s'occupent des maladies du

Isolement et psychothérapie. Traitement
nie. Pratique de la rééducation morale
prof. *Dejerine*. 1 fort vol. gr. in 8 de

ses subit actuellement une transforma-
loignant chaque jour davantage des pra-
s employées dans ce domaine, cherche
ses malades en s'adressant à leur raison
suffit pas comme moyen thérapeutique.
ttre en œuvre le traitement moral du
pie. L'isolement a pu être réalisé à la
en fermant simplement les rideaux de
une ; cet isolement relatif lui a donné,
enants résultats.
gniez, anciens internes de la Salpêtrière,
Dejerine dont il résume l'enseignement
Il est divisé en trois parties. Dans la pre-
e de l'isolement et passent en revue les

, procedés
pie ; avec
notisme, d
La deuxi
érapie ; M
sées sur d
rtie relate
nt la théor
e est en r
psycho-n
nocere) e
ainsi que
s'occupen

ns, prof.
rs. — Ar
mme. 83

nonograph
nologie ne
is mérite
es. Fruit
ur l'appare
vertébrés
dées reçu
nes muscu
as, comm
iation du
servent à
eptionnel
de muscl
qui, en s
qui, par
vaisseaux,
nes viscér
expansions
usculaire
s'accorde
breuse du
des musc
orbite, co
à assurer
ents ou d
l'aponévro

relativement vaste, prend des points le rebord antérieur de l'orbite. Parmi ir les renforcements, déjà en grande ıntonnoir aponévrotique présente au nuscles et auxquels M. Motais a voué ligamenteux, trop négligés dans les ı fois de tendons d'arrêt au moment nodérateurs des rotations du globe par ıute la durée de la contraction muscu- ı muscles droits, un tendon accessoire u grand oblique et sur lequel le muscle n. Par l'aileron, le muscle est écarté qui préserve celui-ci d'être comprimé ompression peut se produire, dans les ıulement sur le globe du muscle anta- ıent relâché.

érente on le voit, des conceptions cou- étiologique des muscles droits dans la nyopie sous l'influence du travail de nce excessive produite par l'attitude en outre, de la sangle des muscles ve, non seulement sur le globe, mais (théorie de Arlt), M. Motais est amené l par les muscles extrinsèques une part ɔique.

e de M. Motais est riche d'enseigne- toire. Au lieu des données parfois un natiques des traités classiques, on y la forme et la position des insertions r les rapports de celles-ci avec la cap- ıévrose des muscles voisins. En sui- pargnera plus d'une erreur de techni- ıte dans les résultats. Sans doute la s images rétiniennes peut corriger, à cessif ou insuffisant de bien des strabo- ieuse fonction centrale a été perdue ou arde de l'opérateur consiste alors dans ses calculs, basée sur la précision de

tions intimes et multiples, à la fois tant entre le muscle droit supérieur et ui a inspiré à M. Motais la conception ıon du ptosis. Elle consiste à suppléer tion de l'autre. Divers procédés ont été méliorer la chute de la paupière, soit

acquise, soit plus souvent congén
cédés est à elle seule un indice e
le premier eut l'idée de greffer un
à la paupière pour lui rendre so
en haut et en arrière. Due toute
ses recherches anatomiques, cett
breux, rempli les prévisions de
qui l'ont imité. A l'exception de
est paralysé en même temps qu
M. Motais permet de remédier de
nelle à une difformité choquant
précieuse de la vision binoculair

—

VA

NÉCROLOGIE. — Le Dr Largu
à Lausanne, âgé de 60 ans, le Dr
plus universellement aimés et ho
à une affection des gros vaisseaux
la cendre pendant quelques anné
ques semaines, à mettre sa vie
d'amis dans le corps médical vau
sanne où il a joué un rôle actif et

Fils de Samuel Larguier, chi
1863, après Matthias Mayor, Jac
reçut sa première instruction
l'Académie des études de lettres,
lier ès sciences physiques et natu
année il se rendit à Paris pour y
Faculté comme élève régulier e
1868 et 1869 il fut préparateur d
fesseur Tillaux, qui lui conserva
obtint son diplôme de docteur en
diagnostic et le traitement chi
Pendant la guerre franco-allem.
envoyée en France sous la direc
cette qualité à la bataille de Bea
fut licenciée peu après. En 1871
de médecine devant le Conseil d
tion du brevet. Après un séjour
en 1872 à Lausanne, où il conqu
et brillante; au bout de peu d'
les plus justement appréciés et

ıs fonctions officielles. Le Conseil d'Etat
es hospices, dont il fit partie jusqu'à sa
rvices, car il était laborieux autant que
lre ainsi que sa claire faculté d'analyse
ır qu'il sera malaisé de remplacer. En
la Faculté de médecine de Lausanne,
de médecine légale. Il enseigna aux étu-
ıgalement aux étudiants en droit, avec
qu'il connaissait bien et qu'il savait
téressante. Il fut doyen de la Faculté
fut membre de la Commission locale
de médecine.
ultivé et doué d'une grande variété de
Société vaudoise des sciences naturelles
l devint conservateur du Musée cantonal
édilection de cette science dans laquelle
s le trouvons manifestant un goût très vif
archéologiques qui intéressent le canton
r, et, fut un des fondateurs de la Société
longues années l'orphelinat a bénéficié
estè le médecin jusqu'à sa fin.
maire d'une existence utilement rem-
possédé dans une mesure peu ordinaire
nfrères ? C'est ce que nous ferons aisé-
aut degré la distinction extérieure qui
ı de la personnalité qui conquiert. C'était
nps qu'un praticien pénétré jusqu'aux
fession et constamment préoccupé de se
omporte. Ses procédés confraternels por-
avoir jamais à se reprocher la plus petite
e Tout écart de cette nature qui arrivait
nme il se sentait lésé dans son honneur
fleurant le charlatanisme ou l'industria-
ofessionnelle suffit pour justifier le res-
nne accordaient à notre ami, mais il y
ent, jeunes et vieux, c'est pour sa bonté,
nt. Ils ne l'oublieront point et le citeront

ıressait au convoi funèbre de Jacques
un caractère populaire qui est une des
nes qu'un médecin puisse se souhaiter.
cumulés pendant de longues années, mo-
r a joui de la confiance de ses malades à
par la rigueur de l'observation, un sens
culture en pathologie. Il s'était pénétré

de l'esprit de la cliniqu
possédait du sens pratiqu
était vaste. La bonté, la
de nos lecteurs qui ne con
ment pourquoi il est pleu

L'Assurance-maladie
mer a eu lieu une réunio
et de ceux de l'*Associatio*
les vœux du corps médic
rance-maladie. Cette réu
sident de la Société médic
de l'Association. Dans l'a
sence de M. le Dr *Trec*
Lausanne, secrétaire de
Gœtz remercie ces deux
nion de leur présence, pu
médecins de Genève à la

M. le Prof. Mégevan
très bien exposé. Après a
médecins ont su se group
l'importance de la discus
sur la nécessité du vote d
le minimum des desidera
lement à ceux qui défe
Chambres.

M. le Dr Maillart pou
des tableaux et des graph
cal durant ces vingt dern
des médecins comparative
à l'Association des médec

On passe ensuite à l'ex
Après avoir entendu M.
principe du syndicat entr
rées par le Comité en ré
médicale suisse dans sa ci
sont votées à l'unanimité

Question I. — Quels so
concernant la législation

Réponses. — 1° Sans ét
que ce soit, les médecins
de l'assurance-maladie do
d'un revenu annuel supér
peuvent que recommand
adopté à Genève : Subve
libres remplissant certain
(loi genevoise du 27 mai
ger les sociétés de secou
paiement devrait se faire
revenu annuel de l'assuré
rieur à 3000 francs. (Voi
entre l'Association des m
mutuels et art. 1 § II de l
ciation des médecins et l

, p. 749 et 750). — 3° Pour les indigents non
à payer les soins médicaux en laissant aux
médecin. — 4° Une législation fédérale sur
ner à poser les principes généraux de cette
de la subvention fédérale, mais doit lais-
er toutes les questions d'organisation.
s vœux du corps médical de votre canton
service médical auprès des sociétés de

ins genevois estiment qu'il est de toute
le libre choix de leur médecin parmi tous
lé, ont déclaré vouloir soigner les assurés.
u système des médecins de caisse. — 2° Ils
, le paiement des honoraires par visites et
élaboré en commun par les associations
rs. — 3° Le règlement des honoraires médi-
mise et sous la responsabilité des sociétés
onnes obligatoirement assurées.
x et remarques éventuelles.
qui pourraient s'élever entre les caisses et
ar les tribunaux arbitraux composés d'un
médecin représentant des associations mé-
par l'autorité cantonale. — 2° Les écritures
nites au minimum et chaque certificat sera
genevois, forts de leur expérience de douze
confrères de chaque canton de la Suisse
nisée pour la défense de leurs intérêts pro-
un appel pressant pour que désormais leur
ntente soient complètes. Ils sont persuadés
arme efficace que possède le corps médical,
ir une lutte contre les lois d'assurance qui
'est présenté en Allemagne et en Autriche.
que l'on ajoute à l'art. 3 de la Réponse I,
être de même pour ce qui a trait à l'assis-
dopté).
le vote de l'article additionnel suivant :
de tous les médecins de simples fonction-
le avec la dignité médicale ». (*Adopté* à

l'impression des rapports et du compte-
. Après une courte discussion cette propo-
ts seront donc imprimés et envoyés aux
si qu'aux personnalités s'intéressant à la

. — La séance ordinaire aura lieu à Bâle
8 mai à 8 h. du matin.
ident : Combes. *Le Secrétaire :* Campart.

---

urice Bourcart à Genève, a reçu du gou-
fficier d'Académie.

---

médicales. — Ce voyage, placé sous la
sseur Landouzy, aura lieu du 3 au 15 sep-
, stations du centre de l'Auvergne Le pro-
hainement. S'adresser au Dr Carron de la
.

CAISSE DE SECOURS DES MÉDECI

Argovie. — Drs P. Rœtlisberge
fr. 10 ; P. Ruepp, fr. 10 ; A.
=260).

Bâle-Ville. — Drs B. M., fr. 20
fr. 20 ; N. N., fr. 15 ; A. H., f
J. Karcher, fr 5 ; E. Markess,
C. Pradella, fr. 50 ; L. R., fr. 1
E. Veillon, fr. 15, (350+415=

Bâle-Campagne. — Drs H. Sch
mer, senior, fr. 15 ; Wannier

Berne. — Drs J. Collou, fr. 10 ;
fr. 10 ; Th. Kocher, prof.,
W. Lindt, fr. 20 ; P. M., fr.
A. de Salis, fr. 10 ; G. Schäre
lin, fr. 10 ; P. Fetscherin, fr. 1
Ch. Siegenthaler, fr. 10 ; A. S
gier, fr. 10 ; E. Le Grand, fr.
R. Lindt, fr. 10 ; R. Stucki, fr
L. Niehus, fr. 10 ; F. Kœnig,
H. Hopf, fr. 10 ; K. Schwande

Fribourg — Dr Pégaitaz, fr. 20

St Gall. — Drs E. Schærer, fr. 1
J. J., fr. 10 ; A. Hartmann, fr
=435).

Genève. — Drs Ch. Müller, fr. 10
fr. 10 ; P. Ladame, fr. 10 ; L
=435).

Glaris. — Dr P. Blauhofer, fr. 1

Grisons. — Drs O. Amrein, fr. 1
P. Humbert, fr. 30 ; O. Peters
fr. 10 ; A. Fetz, fr. 10 ; E. Albi

Lucerne. — Drs F. Buehler, f
N. Rietschi, fr. 5 ; E. Bærri, f

Neuchâtel. — Drs F. de Quervei
fr. 20 ; E. de Reynier, fr. 5 ; G

Soleure. — Drs A. Wyss, fr. 1
40+40=80).

Tessin. — de la Societa dei me
A. Emma, fr. 100 ; A. Emma,
(135+115=245).

Thurgovie. — Drs J. Bæumlin,
fr. 50, (80+160=240).

Unterwalden. — Dr J. Wyrsch,

Valais. — Dr E. Bürcher, fr. 10.

Vaud. — Drs A. Widmer, fr. 10
Ch. Krafft, fr. 5 ; G. Delay, fr.
fr. 10 ; A. Nebel, fr. 10 ; P. V

Zurich. — Drs A. Knaus, fr. 1
Th. Oehninger, fr. 10 ; A. Frich
mann, fr. 20 ; Th. Bommer, f
W. Meili, fr. 10 ; R. Hegner, f
100 ; J. Dubs, fr. 10 ; H. Haag
berger, fr. 10, (330+560=890)

Divers. — Dr O. Kappeler, Cons
deuil, 200, (225+225=450).
Ensemble fr. 2525. Dons préce

Bâle, le 1 Mai 1904.

MÉDICALE
SSE ROMANDE

. ORIGINAUX

la peau (épithéliomes calcifiés)
de la peau, primitif, multiple,
alcifié.

logique de l'Université de Genève

MANNO CHILESOTTI.

Suite) [1]

Sourdille (29) ne considèrent l'épi-
qu'il a comme siège électif les pau-
ouveau cas :

sur la paupière une tumeur du volume
pierreuse, qui augmente depuis quatre
année. A l'opération, on peut constater
oste. A l'examen, on trouve une épaisse
oreux, limitant d'une façon très nette le
intérieure de cette enveloppe partent
de fibrilles délicates dissociées par une
lyédriques et fusiformes ; ces fibrilles
paces irréguliers contenant des masses
teuses polyédriques, arrondies, ellipti-
nt granité, parce que leur protoplasma
. Elles reposent directement sur le tissu
airs, vésiculeux ; à la périphérie ils se
a masse, où on peut observer aussi une
e ; le tissu conjonctif renferme beaucoup
rable et quelques myéloplaxes.

xposent ensuite quelques considéra-
meur aux paupières ; puis ils par-
énigne et lente, de sa prédilection

pour le jeune âge, de l'abs
dernière question, ils obser
été suivis assez longtemps a
rattache cette tumeur aux
dance des vaisseaux et la r
être les cellules géantes des
derniers, selon la théorie d
vaisseaux sanguins, et que,
leur évolution, tandis que d
ils n'avaient pas encore for
contradiction.

Quant à l'origine de l'ép
théories déjà connues de M
Trélat et Lejard. D'accord
dernière en disant que la ca
encore bien établie, qu'elle
plus, la bénignité de la tum
âge, sont contraires à ce
épithéliomes ordinaires; en
récidive sur place, c'est tout
Quant à Luquet et Bard, ils
avec l'athérome calcifié, n
structure; dans l'épithéliom
que dans les kystes sébacés
rie de Luquet sur la calcifi
nutrition « va contre toutes
possédons sur la calcificatio

Quant à Malherbe, il ne
ni du siège spécial de ces tu
d'élection des tumeurs con
âge des sujets, signalé aussi p
cellules qu'on trouve dans la
sence de ces faits et en y ajo
de récidives, la complexité de
qui concordent avec ceux des
aux épithéliomes calcifiés u
ceux-ci se trouvent par exem
âge avancé, ils pourraient ét
du revêtement épidermique
jouerait un rôle considérable
Sourdille, les épithéliomes

originairement aux dépens d'une invagination congénitale ou acquise de l'épiderme, dans le tissu conjonctif sous-cutané ; les cellules qui les composent sont des éléments normaux mais isolés de leur substratum naturel, et ne sont pas des éléments morbides dotés d'une vitalité exagérée. Exilés de cette façon, leur nutrition en souffre, ils se développent lentement, végètent misérablement et le terme de cette évolution languissante est la calcification ; cette marche est analogue à celle de la plupart des productions épidermiques égarées, comme par exemple le kyste dermoïde de l'ovaire dont la calcification est si fréquente.

En 1895 Malherbe (30) répond aux objections faites à ses théories sur l'épithéliome calcifié. Désormais les cas observés par lui sont au nombre de 26, plus 2 incertains. Il en donne le tableau avec toutes les indications: 15 cas appartiennent à des hommes, 9 à des femmes, pour 4 le sexe est inconnu. Quant à l'âge des malades, 3 étaient entre 8 mois et 2 ans, 3 entre 2 ans et 10 ans, 6 entre la 10e et la 25e année ; pour les autres plus avancés en âge, celui-ci variait jusqu'à 60 ans. Toutes les tumeurs s'étaient accrues lentement ; beaucoup existaient depuis 10, 30, 37 ans ; quelques-unes s'étaient développées en deux mois. Leur siège était très variable ; sur les 28 cas, 7 ont été observés au sourcil, 5 au bras ou à l'avant-bras, les autres, moins nombreux, au front, au dos, à l'oreille, à la joue, à la cuisse, au cou, etc. Tous présentent les mêmes caractères cliniques et histologiques que ceux déjà décrits par Malherbe dans son travail de 1882. La trame des tumeurs est presque toujours fibreuse (16 cas), rarement mixte, ostéo-fibreuse (3 cas) ou osseuse (2 cas).

Malherbe confirme tout ce qu'il a dit dans ses travaux précédents. La question la plus discutée est celle de l'origine des épithéliomes calcifiés. Il qualifie de bizarre l'hypothèse de Virchow qui considère ces tumeurs comme des exostoses discontinues ; Luquet, dit-il, les regarde comme développées aux dépens des glandes sébacées, mais il confond l'épithéliome calcifié avec l'athérome calcifié ; quant à l'hypothèse de Bard, Malherbe la considère comme absolument inadmissible pour ceux qui ont vu une coupe d'épithéliome calcifié. Trélat et Lejard ont aussi tort, parce que l'épithéliome décrit par Malherbe se calcifie déjà quand il n'est pas plus grand qu'une tête d'épingle, tandis que les épithéliomes vulgaires ne se calcifient pas, même après 14 ans d'existence.

Malherbe réfute aussi l'opinion de Perthes, qui considère que l'endothéliome prend son origine dans les voies lymphatiques; pour lui cette origine ne serait pas suffisamment prouvée par l'existence de grandes cellules à plusieurs noyaux, qu'on peut trouver aussi dans les épithéliomes vulgaires. Malherbe avertit, du reste, qu'il n'a lu qu'un résumé du travail de Perthes dans la *Semaine médicale*, résumé qui, comme je l'ai constaté, n'est que très sommaire.

Il réfute enfin la théorie de Pilliet et de Braquehaye et Sourdille, ne pouvant admettre que le siège préféré de l'épithéliome calcifié soit aussi celui des dermoïdes, car si le sourcil compte bien 7 cas sur les 26 de la statistique, le bras, qui n'est certainement pas un siège d'élection des dermoïdes, en compte 5; de plus les kystes dermoïdes se développent sur la queue du sourcil, tandis qu'on peut trouver l'épithéliome calcifié sur un point quelconque de celui-ci; les dermoïdes sont adhérents à l'os et les épithéliomes calcifiés n'y adhèrent jamais; le fait de l'existence d'une trame osseuse ne démontre rien, parce que les différentes formes du tissu conjonctif peuvent se substituer indifféremment l'une à l'autre dans les tumeurs.

Quant à l'invagination, il la considère comme tout à fait hypothétique et dit que son existence aurait besoin d'être prouvée; les inclusions fœtales peuvent expliquer d'autres tumeurs, mais non l'épithéliome calcifié pour lequel Malherbe reste attaché à l'idée de l'origine glandulaire (glandules sébacées ou sudoripares) jusqu'à ce que de nouvelles études viennent démontrer le contraire.

En 1895, Barlow (31) a fait une longue étude sur un cas d'adénome sébacé; puis comparant les cas analogues, il cite les observations de Wilkens, Förster, Malherbe et Chenantais, von Noorden, et dit que ces cas devraient porter le nom d'*adenomata sebacea calcificata*, en les identifiant avec les cas qu'Eve et Hutchinson ont décrits comme des adénomes calcifiés. Il invoque, pour justifier cette proposition, le fait que, selon lui, les épithéliomes calcifiés ressemblent beaucoup à l'adénome des glandes sébacées, et il lui semble que le nom d' « épithéliome » devrait exprimer, comme le pensent les Anglais, une malignité que les épithéliomes calcifiés n'ont pas.

En 1896, Stieda (32) décrit trois cas de la même affection. Il parle d'abord de la grande rareté de cette tumeur et de l'obs-

origine, obscurité qui provient
qu'on n'a jamais pu l'observer
générescence calcaire. Il résume
ents et dit que le but du sien
l'interprétation de Perthes peut
urs. Voici le résumé de ses cas :

umeur siège sur le sein gauche ; elle
u'elle fut observée pour la première
ans une longueur de 11 cm sur 6 de
e de temps en temps des douleurs.
, moins à l'inférieur. La peau qui la
un peu infiltrée au pôle inférieur et
de l'aisselle, on sentait une glandule

néoplasme repose sur du tissu grais-
ombre d'inégalités bosselées ou plutôt
il est entièrement entouré d'une mince
fusiformes, par laquelle il est separé
'intérieur son aspect est partout le
onctif, moins riches en cellules fusi-
rès variable, assez épais, circonscri-
le formes différentes, contenant des
s, plus ou moins calcifiées et un peu
tissu conjonctif qui les contient. Les
ochées de la périphérie de ces masses
lorer. Ceux des cellules plus rappro-
le sont moins, et quelquefois pas du
oncentriquement en forme de globes
les passages entre les cellules vivan-
calcifiées, et on voit que la calcifica-
le l'alvéole, là où les cellules n'ont
olorés et qu'elle se rapproche plus ou
des cellules calcifiées dépasse beau-
tes. La trame conjonctive n'est calci-
tissu conjonctif touche les nids calci-
osées en séries, en raies ou en petites
u'à vingt noyaux. On trouve très peu
nt aucune altération pathologique.

eur sous-cutanée se trouve derrière
cm ; sa forme est hémisphérique, sa
veloppée lentement.
ndépendante de la peau, et entourée
aisceaux conjonctifs qui semblent par-

tir directement du tissu conjonctif sous-cutané ou y arriver; les alvéoles circonscrites par ces faisceaux contiennent en partie des cellules plates, ovales, à contenu granuleux calcifié et en partie une substance homogène, qui se colore en jaune avec le picrocarmin, sans noyaux ni contours de cellules reconnaissables. Cette substance occupe quelquefois de grandes étendues. Dans le milieu des alvéoles, on voit des perles épithéliales cornifiées. On trouva des cellules géantes et des vaisseaux peu nombreux et sans altérations pathologiques, comme dans le cas précédent.

Ce cas semble représenter un degré beaucoup plus avancé d'altération de la tumeur que le précédent.

Cas III. — Garçon de 10 ans. La tumeur siège sur la joue, devant l'oreille, dans la région parotidienne; elle est grosse comme une noix, huit mois auparavant elle avait le volume d'un pois; elle est assez mobile, sous-cutanée; la peau qui la recouvre est normale.

Après l'opération, sa surface est un peu raboteuse et mamelonnée, et on constate à l'examen qu'elle se compose de deux parties renfermées dans la même capsule: l'une, inférieure, molle, d'un gris rougeâtre, l'autre, supérieure, plus dure. La partie inférieure recouverte d'une capsule d'un tissu lâche, transparent, plus épaisse que dans les deux cas précédents, est composée de tissu conjonctif fibrillaire, riche en cellules et est infiltrée dans le bas de tissu graisseux; de cette capsule partent des tractus fibreux qui pénètrent dans la masse intérieure, formant des alvéoles qui contiennent des amas de cellules à noyau d'assez grande dimension. Les nids les plus petits sont souvent bien conservés; les plus grands deviennent homogènes dans leur centre et ne laissent plus reconnaître de structure de cellules; on ne trouve qu'à la périphérie quelques couches de cellules faciles à colorer; beaucoup de petits nids montrent aussi quelquefois cette transformation. La substance homogène se colore en jaune avec le picrocarmin, en rose avec l'éosine. La trame conjonctive à minces travées est distinctement délimitée, elle est pauvre en cellules et celles-ci, par leur forme, sont faciles à distinguer des cellules contenues dans les alvéoles. Il y avait peu de vaisseaux et ceux-ci ne présentent aucune altération. La partie supérieure dure, contenue aussi dans la capsule, est calcifiée et correspond en tous points à la description donnée pour le cas II; la seule différence est qu'elle ne contient pas de cellules géantes.

Stieda croit que les tumeurs qu'il décrit sont d'origine épithéliale et les considère comme des épithéliomes. Il ne veut pas contredire le travail de Perthes et estime que le cas décrit par celui-ci pouvait se rapporter à un endothéliome. La capsule conjonctive étant toujours décrite par les auteurs précédents, doit être, dit-il, considérée comme un caractère constant de la

tumeur, mais il ne se prononce pas sur la question de savoir si elle est de formation secondaire. Il fait remarquer qu'il est d'accord avec Denecke sur le fait de la délimitation nette du tissu conjonctif là où ce tissu est voisin des nids épithéliaux encore vivants, mais qu'il a trouvé la délimitation très nette même là où les nids avaient subi une notable transformation. La présence de globes épithéliaux signalée par Denecke, était très évidente dans ses cas, même si on considère seulement la structure de ces globes sans donner d'importance au critère de la coloration qui, comme le dit avec justesse Perthes, n'est pas probant ; mais ces globes épithéliaux ont un aspect différent de celui des psammomes mis en avant par Perthes pour soutenir son opinion.

Stieda considère les cellules géantes comme des cellules géantes de corps étrangers produites par la présence de la chaux. On ne peut pas, dit-il, reconnaître l'origine de la tumeur à cause de la calcification avancée ; en tout cas elle n'a pas de relation directe avec la peau. Selon lui, le plus rationnel serait d'admettre la possibilité de plusieurs points de départ, soit les glandes sébacées, les athéromes, les glandes sudoripares, les germes épithéliaux égarés. Il ne peut appeler, comme Barlow, toutes ces tumeurs : adénomes sébacés calcifiés, parce ce nom ne peut probablement pas s'appliquer à toutes ; il faut donc conserver le nom d'épithéliome calcifié en excluant du terme d'épithéliome l'idée de malignité contredite par la marche clinique de la tumeur, bien que sa constitution histologique la rapproche des néoplasmes malins.

Il reconnaît que la description et les dessins de Perthes ne permettent pas de douter de la nature endothéliomateuse du cas observé par celui-ci, et croit qu'on peut peut-être étendre cette interprétation à quelques cas anciens et incomplètement étudiés, mais qu'il est impossible de le faire pour certains cas récents, pour celui de Denecke par exemple, si exactement décrit, et pour ses trois cas personnels, dans lesquels même après un examen très attentif, on ne peut trouver aucune altération des endothéliums. Il dit que, lorsqu'il se forme dans les tumeurs encapsulées des productions qui ont l'apparence exacte des cellules épithéliales cornifiées, il faut conserver l'idée d'épithéliome calcifié en la rapprochant de celle d'endothéliome calcifié, tumeur qui ne diffère pas de la première par sa marche clinique, mais seulement par l'histogenèse.

En 1898, Thorn (33) décrit tı

Il résume d'abord brièvemeı dents et dit que Perthes fondai à la généralisation de l'origine ‹ liomes calcifiés sur le fait que j établir solidement une dépenda de la tumeur et un tissu épithél des trois cas qu'il présente lui-ı conception de l'origine des tum‹

Il décrit d'abord très brièvem premiers cas : Il s'agissait de tu dures comme de l'os, siègeant cutané, sous la peau intacte et r était rabotteuse ; elles étaie fibreuse et ne présentaient au l'épiderme.

L'étude de ces deux tumeurs l'interprétation de Perthes, mai remment. C'était une tumeur comme l'os, placée dans le tiss verte de peau normale et très a‹

Il réunit les relations des ‹ néoplasmes, parce qu'elles corr‹ quelques points qu'il signale.

De la capsule part un tissu c en noyaux, qui traverse toute la alvéoles des masses calcifiées ‹ pure, parce que, sous l'action d'ı de gaz » (?) (p. 784). Ces masse composées de cellules tellement morphologie, on ne pourrait pl histologique » ; elles sont rondes, un noyau clair plus ou moins qu'elles forment sont les unes ı dernières, nettement délimitées mes ou ovales qui débouchent d gulières, ressemblent à un vaiss‹ théliums proliférés et éveillent l' ne voie autour du tube cellul Cette idée est éveillée aussi par ties de la tumeur, les sections v‹

rations d'endothélium, tandis
ent, sans limite nette, avec le
t pas cependant cette opinion,
prolitération réactive des endo-
u corps étranger représenté
ce que là où les cellules de la
altération, on trouve des limi-
des vaisseaux.
ations sur la morphologie des
roïde se distinguent de celles
'elles peuvent affecter toutes
leur polymorphisme, dans de
environnant et s'adapter à la

ithéliome calcifié ne sont pas
; elles ne peuvent être trans-
un peu seulement, par la pres-
est, selon l'auteur, démontré
centre des alvéoles correspon-
rdial, tandis que vers la péri-
n plus à cause de la pression
st ce qu'il a constaté surtout
était ossifiée. La dégénéres-
tes : fusiformes, ellipsoïdales,
iers, dentelés. Près d'elles, on
amorphes de chaux.
pas de règle, mais d'habitude,
à trame ossifiée), elle s'était
s masses les plus voisines du
ement délimitée.
rondes ou polygonales et elles
dans leur protoplasma des

ue les réactions colorantes ne
critère absolu pour le diagnos-
de Denecke qui, en se fondant
ise par les grains sous l'action
ux-ci comme résultant d'un
rn a coloré avec l'hématoxy-
solution de van Gieson, sans
n diagnostic de cornification ;

il exclut même, après emp
présence dans les tumeurs
hyalins et, par conséquent
taines perles homogènes qu
vent en dégénérescence hya

La plupart des cellules d
commençante, ce qui est de
reuse et par le fait que leu

Ici l'auteur s'étend au suje
qui ne sont pas cornifiées,
hyaline. Il démontre que l
comportent différemment
contrairement à ces dernié
structure cellulaire mais «
des cercles » (p. 790 et fig.
ment dans l'intérieur des
tumeur. Il ne veut pas disc
dans le cancroïde et dit qu
sont que le produit de l'ag
dégénérés ; ils représentent
phoses subies par leur ento
colorant des noyaux et gra

Dans la troisième tumeu
tissu épithélial qui, partant
supérieure du néoplasme,
tumeur ; celle-ci aurait don
revêtement. La capsule n'é
athérome, mais manquait p
qui se perdaient graduellem
qui les entourait. Thorn pe
général, la capsule est de n
elle n'était pas encore co
néoplasme.

La calcification des ma
réaction proliférative du st
observée par Denecke ; par
pas calcifiées, le tissu conjo
d'être comprimé et atroph
le premier cas, les cellules
transformées en ostéoblaste
longements, de là l'ossifica

u tissu conjonctif était resté entre les
t s'était transformé en une espèce de
ules de plusieurs formes, qui pour la
les géantes, mais on trouvait ces
upes de cinq à dix, même dans les
n ossifiée (obs. I et III) où il ne pou-
elle osseuse; elles ne représentaient
épithéliums fondus les uns dans les
disparition des contours cellulaires
scence, leurs noyaux, en effet, pou-
12 à 15. Elles étaient très souvent
tissu conjonctif et des cellules de la
ait aussi dans l'intérieur du stroma.
nion de Denecke, d'après laquelle il
ntes de corps étrangers, est peut-être
it pas fondée celle de Perthes, qui,
ins de Malherbe, croit que ces cellules
celles de la tumeur, et appartien-
s tissus conjonctifs.
prolifération réactive provoquée par
générées dans le tissu conjonctif revê-
meur; c'est le même processus qu'on
travées en rapport avec les masses
ssance physiologique des parties envi-
res de la capsule nouvellement formée
orps étranger qui ne cède pas; de là
roides, compactes et serrées. Puisque
est de développement secondaire, on
manque en plusieurs points, et qu'on
tumeur extra-capsulaires, tandis que
ou d'un adénome devrait être conti-
ulation explique, selon notre auteur,
a jamais pu démontrer la connexion
avec une masse épithéliale préexis-
connexion est détruite par le tissu

a naissance de la tumeur de la façon

perturbation des limites entre épithé-
peut-être par traumatisme) et l'épithé-
dans les profondeurs du derme. Les

masses épithéliales déplacées se
lois de la croissance des épithéli
résulte qu'on n'observe pas la méta
qui en est la conséquence, comme
croïde. Puis vient la dégénérescen
et l'encapsulement qui constituen
avec le cancroïde; l'épithéliome
prolifération épithéliale typique,
caractère cancéreux spécifique.

En 1899, Lubarsch (34) sans s'é
sur l'épithéliome calcifié, le menti
tumeurs de la peau. En parlant
voudrait, parmi les différents grou
un, dans lequel la croissance des
qu'apparente; il s'agit de néoplas
l'épithélium occupe un siège ano
tissu conjonctif, ce qui résulte du
développe d'épithéliums déplacés
non des épithéliums de revêtem
appartiennent les épithéliums calc
grande ressemblance avec les canc
ment bénins et qui prennent sûre
épidermiques déplacées » (p. 297).
l'occasion d'observer des tumeurs
et, même au moyen de coupes en
montrer aucune relation entre ell
surface; par contre il a rencontré
qui, par leurs caractères, concord
Dans un cas, il a trouvé dans la pe
mineuse, un petit épidermoïde (at
rome carcinomateux de la tête, il
principale, grosse comme une n
semblables plus petites et six a
tumeurs se distinguent des vrais c
exactement délimitées et même en
croissance ne s'accomplit pas en
vers la surface libre.

En 1900, Linser (35) publie deux
Il résume d'abord les derniers tra
traite de la classification des tu

(Lubarsch, etc.) voudraient fonder seulement sur la constitution morphologique, et d'autres (Volkmann, etc.) voudraient ne faire dépendre que d'une conception histogénique; avec ces derniers, le type « endothéliome » va prenant une importance toujours croissante et s'étend toujours plus en supplantant en grande partie la conception de Cohnheim relative aux germes déplacés et inclus. On considère maintenant comme normales dans les endothéliomes les cellules polygonales, cubiques et même cylindriques, et les stratifications qui ressemblent aux globes épithéliaux. Linser observe que sur la question des « épithéliums » et des « endothéliums », les histologistes normaux pas plus que les anatomo-pathologistes ne sont en aucune façon d'accord.

Il ajoute enfin qu'en traitant de l'épithéliome calcifié, Perthès accordait le plus d'importance au principe histogénique, Stieda et von Noorden par contre au principe pathologique. Il passe ensuite à l'exposition des deux cas qu'il a observés personnellement :

Cas I. — Femme de 44 ans, qui présente depuis deux ans sur le mollet une tumeur ovale, très dure, couverte par la peau, mobile, se déplaçant avec les muscles sous-jacents.

Après l'opération on la trouve longue de 16 cm., large de 9, épaisse de 8. A l'examen, sa surface est formée par une capsule dure, lisse, riche en vaisseaux et en grosses veines. On ne peut la couper qu'avec une scie ; la surface de section est très riche en sang, ce qui lui donne une coloration rouge et rouge brunâtre. La capsule est formée d'un tissu fibreux pauvre en noyaux. Sous la capsule on trouve des parties riches en noyaux et en espaces sanguins ; dans le centre de la tumeur on voit des formations de tissu pauvre en noyaux, composé de boules stratifiées et de formations polymorphes, ou de nids homogènes arrondis, enfermés dans un filet d'étroits faisceaux cellulaires, mais nulle part on ne constate une séparation nette entre les deux espèces de tissus, de sorte qu'on peut voir, bien qu'exceptionnellement, des nids riches en cellules placés vers le centre de la tumeur, et des formations concentriques stratifiées placées sous la capsule entre des parties riches en cellules. On trouve encore des traces de la structure lobulée dans le fait que des champs isolés, riches en cellules, sont renfermés dans de larges canaux remplis de globules rouges et bordés par d'étroites parois de cellules fusiformes. Le stroma est composé seulement de capillaires et de vaisseaux lymphatiques assez nombreux et dont le nombre va en diminuant vers le centre. Vers la périphérie, on trouve quelques rares gros vaisseaux à parois hyalines. Les cellules des nids diffèrent beaucoup entre elles ; à la périphérie de la

tumeur, elles sont polygona.
plasma assez clair, et sont p
des espaces sanguins, elles s
et un noyau riche en chrom
guins revêtus les uns d'un
revêtement bas à type endot
cellules épithéliales aux ce
des parois vasculaires touch
leur ressemblent complètem
tent dans leur intérieur de
penses et des bords dentelés
centre de la tumeur, on voit
concentriques, placées entre
nids et composés de cellul
entre ces faisceaux des vais
desquels les noyaux sont ra.
consistent presque toujours
jamais ronds, contenant que
quelques globules rouges; o
formé par un vaisseau revêt
laires sont delimitées par de
sanguins sont en général trè
rhomboidales en tout sembl.
géantes isolées et des cell
dentelés.

Dans la tumeur les partie
par des formations hyaline
processus.

La substance hyaline
non de sécrétion, ce qui
des phénomènes karioli
tance hyaline, qu'on a p
un phénomène habituel
que la substance hyaline
probablement une combi

Morphologiquement c
les psammomes, parce q
plus frappant qu'il prése
mome » ne constitue pa
logie des cellules ferait
autre fait ne confirme ce
épithéliales on trouve
celles-ci n'y sont aussi

rencontre surtout à la périphérie semblent démontrer qu'il s'agit d'un endothéliome. Ils sont revêtus de cellules plates, du type endothélial, qui se transforment graduellement en cellules plates et cylindriques ; tous ces espaces n'ont ni d'autres parois, ce qui est démontré par l'absence de fibres élastiques, ni de rapports avec des vaisseaux normaux ; la présence du sang à leur intérieur est expliquée par des actions mécaniques. On constate la disposition périvasculaire des parties dégénérées en substance hyaline et la présence de vaisseaux qui occupent le centre des boules calcifiées. On peut voir, au moyen de coupes en série, le passage de l'endothélium des capillaires dans ces boules. La supposition la plus vraisemblable résultant de l'ensemble de ces faits est que la tumeur est formée par la prolifération des endothéliums des capillaires, et que ses cellules ont subi une calcification supplémentaire. Il s'agit donc d'un endothéliome.

Cas II. — Femme de 52 ans, présentant une tumeur très dure qui existe depuis longtemps sur la joue ; la peau qui recouvre cette tumeur n'est pas très mobile.

Après l'opération, on trouve un néoplasme long de 4 cm., large de 2 ½, épais de 1 ½. Sa forme est ovale, sa surface est revêtue d'une capsule presque lisse, parsemée de petits creux ; il est impossible de le couper avec le couteau. A l'examen, après calcification, on trouve une capsule conjonctive, à fibres très serrées, qui contourne complètement la tumeur ; cette capsule est très peu marquée sous la peau et est souvent interrompue par des petits nids de cellules épithéliales dont elle est infiltrée. La structure et l'arrangement des cellules du néoplasme sont distinctement carcinomateux ; les cellules sont presque toujours sans noyau et leurs bords sont très nets ; elles sont unies en faisceaux allongés ou en masses ovales ou arrondies, renfermées dans un stroma de tissu conjonctif à fibres dures très séparées et pauvres en vaisseaux. Les cellules occupant la périphérie des alvéoles sont polygonales ou cubiques ; vers le centre elles deviennent aplaties et allongées. Leur protoplasma, surtout quand elles n'ont pas de noyau, est rempli de petits grains fins, brillants, sphériques ou rarement polymorphes, qui se colorent d'une façon très prononcée ; les nombreux procédés de coloration employés démontrent d'une façon certaine que ce sont des grains d'éléidine ou kératohyaline. Dans quelques nids, à la périphérie de la tumeur, toutes les cellules ont des noyaux bien colorés ; ailleurs on trouve des nids de cellules sans noyaux ; enfin on rencontre même des nids dont les cellules périphériques seules conservent des noyaux, tandis que vers le centre ces derniers pâlissent de plus en plus. Au centre des nids on trouve souvent des globes épithé-

liaux et des masses de leucocytes égaleme
tion de la dégénérescence hyaline ou col
prononcée aux marges des nids épithélia
cellules géantes à noyaux placés irrégul
forme, semblent être des cellules géantes
aussi des cellules géantes non calcifiées.

Il n'existe aucun rapport entre la tumeu
elle en est séparée toujours par une co
épaisse au moins d'un centimètre; elle re
ment sur le tissu adipeux.

Ce néoplasme, contrairement au
déré comme un épithéliome à cause
forme de ses cellules.

Linser décrit les nombreux proc
réactions qu'il a employées pour
grains contenus dans les cellules
tohyaline, de kératoéléidine, d'éléi
pour démontrer, même avec l'aid
que les cellules de la tumeur étai
Il déclare avoir établi de cette faç
nion de Perthes, qu'il existe dans
cutané des épithéliomes calcifiés do
quer l'origine par l'inclusion de g
quente dans ce tissu. Il admet que
tumeur calcifiée dépendait direct
revêtement, mais ce cas, dit-il, est

Pour ce qui concerne la calcificati
cas relatif à une jeune fille de 17 a
conjonctif sous-cutané de la tempe
comme du cartilage, qui, par son
le résultat de l'examen histologique
second cas; elle contenait même un
géantes. Il ne lui manquait qu'une
fication.

Linser pense qu'on dira que dans
sait pas d'épithéliome calcifié, mais
que la calcification doive être consi
intégral de ces épithéliomes ou end
calcification importante dans nos t
presque une signification pathognon
de sa production; la calcification e

peut entrer en jeu dans tous les processus pathologiques possibles et surtout dans les tumeurs; elle s'empare surtout du tissu conjonctif, mais Neugebauer et Becker ont trouvé dans des nids carcinomateux des concrétions calcaires qui, certainement, ne venaient que d'une pétrification des épithéliums dans l'épithéliome ou l'endothéliome calcifié; ce phénomène n'est que d'importance secondaire et il s'accomplit en passant par la dégénérescence hyaline et cornée.

Linser n'a pas trouvé la moindre preuve en faveur de l'origine athéromateuse de ces tumeurs, ni les proliférations papillomateuses que Franke déclare constantes dans les tumeurs développées d'athéromes, ni une capsule toujours distincte ou bien prononcée; il conclut qu'on a à faire avec une forme de carcinome dont l'origine doit être expliquée par la théorie de Cohnheim, de l'égarement de germes.

Le résultat de l'observation de ses tumeurs porte Linser à admettre l'existence soit de l'endothéliome calcifié (cas I), soit de l'épitheliome calcifié; la différence histologique typique entre ces deux formes réside dans la structure différente des calcifications stratifiées composées de cercles concentriques très fins dans les endothéliomes, tandis que dans les épithéliomes la texture est beaucoup plus grossière parce qu'elle prend son origine dans des perles cancroïdes. Il y aurait aussi quelques différences dans la structure interne des cellules telle qu'elle est constatée après traitement par la coloration de la fibrine selon Weigert. Macroscopiquement, les endothéliomes sont beaucoup plus volumineux.

La bénignité de la tumeur est due plutôt au phénomène régressif de la calcification qu'à la nature endothéliale de la tumeur, comme le voudrait Perthes. En effet, si Braun attribue aux endothéliomes du visage, une bénignité relative, Hinsberg n'est point d'accord avec lui, en sorte que le fait qu'une tumeur est reconnue histologiquement comme endothéliale peut à peine faire espérer une bénignité clinique relative.

En 1901, J.-L. Reverdin (36) étudie, surtout au point de vue clinique, un cas d'épithéliome calcifié. Son travail est d'une importance particulière parce qu'il détruit la conception, généralement admise, de l'absolue bénignité de ces tumeurs. Il parle très brièvement de presque tous les travaux qui ont paru à ce sujet; il rapporte une lettre privée de Malherbe, dans

ıelle ce dernier lui dit qu'en 1899 il avait observé pour la mière fois la récidive d'un épithéliome calcifié extirpé deux auparavant du dos d'un malade de 59 ans.

'oici un résumé du cas de Reverdin :

omme de 60 ans, présentant sur la nuque une tumeur dure comme os, recouverte par la peau violacée et adhérente, assez mobile; son ıètre est de 10 cm. environ. Elle s'était développée en sept ans, et ans après son apparition elle était toujours d'une consistance pâteuse; la dernière année sa croissance avait été plus rapide. Elle s'accom- ıait de quelques légères douleurs. Après l'opération, la guérison avait 'apide, mais huit mois plus tard on constatait déjà une récidive locale la forme d'une tumeur dure et très douloureuse qui, en cinq mois t pris un grand développement, s'étendant de l'occipital à la qua- ne vertèbre dorsale et d'une fosse sus-épineuse à l'autre. Elle était nverte par la peau ulcérée et adhérente.

xaminée après une nouvelle opération, son diamètre total atteint ı. sur 3 ½ d'épaisseur. Une partie seulement de cette tumeur, mesu- 4 cm., est calcifiée; le reste n'est qu'un épithéliome vulgaire.

: néoplasme est composé de cloisons fibreuses renfermant des masses ellules plates, pavimenteuses, quelquefois à bords crénelés, normales périphérie des alvéoles et en dégénérescence graisseuse complète à centre; elles présentent des transformations nucléaires et on ren- re des groupements cellulaires ressemblant aux globes épidermiques, sans cellules cornées au centre. Une épaisse couche de tissu con- tif enflammé sépare la tumeur de la peau. Les glandes sébacées et les :ules pileux sont enflammés, mais non dégénérés, et l'on peut affirmer la tumeur n'a pas pu se développer aux dépens de ces glandes.

ı partie calcifiée est pareille à celle que nous avons déjà décrite à os d'autres tumeurs, mais elle présente une calcification des cellules ıéliales plus riche en phosphates qu'en carbonates de chaux.

ette tumeur maligne provenait très probablement de la énérescence des lobules glandulaires sébacés inclus congé- lement dans la profondeur. Reverdin ne veut pas discuter aleur des hypothèses proposées par les auteurs qui ont étu- ces tumeurs au point de vue anatomo-pathologique, son en signalant son cas, ayant été surtout de démontrer la ıibilité de la récidive d'une tumeur pour laquelle ce phéno- .e n'avait jamais été observé ou du moins jamais été relaté. es conclusions sont les suivantes : 1° l'épithéliome calcifié, , en se comportant dans l'immense majorité des cas comme ıéoplasme bénin, peut exceptionnellement devenir envahis- , et récidiver après ablation; 2° il se développe probable-

sions ectodermiques soit embryonnai-

dans son important ouvrage sur les
ue l'on ait écrit sur ce sujet) ne sem-
éliome calcifié comme ayant une indi-
ue, tout en citant les travaux déjà
et de Denecke, il ne le nomme même
les carcinomes peuvent se terminer
ıble qu'il n'admette pas l'individualité
comme le voudrait Malherbe, mais
même que Ziegler, Trélat et Linser
nir d'une tumeur quelconque.

ais passer sous silence une lettre que
e a eu la grande amabilité de m'adres-
elle il me confirme les cas de récidive
mention Reverdin dans son travail. Je
ɜ publier in extenso les intéressantes
n voulu me donner, je craindrais de
on; je me contenterai d'en relater la
dispensable pour l'étude de l'épithé-
lle l'éclaire d'une manière nouvelle.
ne âgé qui, ayant été opéré pour un
s en 1897, présenta une récidive calci-
ı 1899 et une seconde récidive égale-
lume très considérable en 1901. Huit
pération, on n'observait aucune nou-
rbe, tout en conservant son ancienne
l'épithéliome calcifié, se demande si
'origine endothéliale de cette tumeur
ssible, au moins pour ce cas.

ompte aussi brièvement que possible de
ement très volumineux, qui parlent de
dothéliome calcifiés, et de ceux men-
quels un examen histologique complet
e avec certitude qu'il s'agissait d'une
on ne la désignait pas sous un de ces
intentionnellement tous les cas dou-
lement ceux dans lesquels l'incertitude

tenait peut-être à ce que les a
tumeur en question, mais enco
cause d'un examen histologique
motifs, on pouvait seulement s
épithéliome calcifié. Je ne pa
sur les pierres de la peau, le
reux, etc., qui précèdent celui d
par exemple le cas de Wolf (170
travaux où l'examen microscopi
ceux de Rizet (1867), Welcker
enfin ceux des auteurs qui rap
de cellules épithéliales à des gr
ment mentionné, c'est-à-dire And
Thomas (1866), Sichel (1867),
Tous ces cas sont trop incertai
attribuer à l'épithéliome calcifié

Recherches bac
sur l'emploi de la « Westrumite

Par le prof. H. Cristia

(Laboratoire d'Hygiène de

Parmi les différentes substan
l'entretien des routes dans le b
beaucoup parlé, en dernier lieu
une solution de corps gras dans
le traitement avec des substance

Ce produit serait censé réunir
huiles lourdes de pétrole, sans
aurait surtout l'avantage de s'a
en simples arrosages.

Nous avons lu, à propos de ce
bre d'articles qui nous ont tous f
leurs auteurs manifestaient à l'ég
minetti qui avait auparavant[1] trè
et le goudron, est devenu très r

[1] Guglielminetti. *Revue d'hygiène*
minetti. *Münch. med. Wochenschrift*,

veau système d'arrosage. Voilà comment il s'exprime dans un récent article [1] : « Tout porte à croire que nous le tenons, cette fois-ci, le remède efficace, pratique et sans le moindre inconvénient, qui nous débarrassera du terrible fléau qu'est la poussière des routes. » Le même auteur dit plus loin qu'un double arrosage, à un jour d'intervalle, avec des solutions de Westrumite à 10 °/₀, abat la poussière pendant dix à quinze jours, tandis que des arrosages avec des solutions à 5 °/₀ ne donnent de bons résultats que pendant quatre à cinq jours.

Dans une revue générale sur cette question, publiée par M. H. Mullenbach, de Hambourg [2], nous relevons que la Westrumite en outre des propriétés que nous venons de citer, est douée d'un fort pouvoir désinfectant et empêche pendant la pluie la formation de boue sur les routes; celles-ci ne sont pas rendues glissantes et on aurait remarqué qu'en hiver il ne se produit pas de verglas.

L'importante question du coût de l'opération appliquée en grand et envisagée sous toutes ses faces, n'est nulle part traitée à fond. Quoique nous n'ayons pas trouvé d'indication précise à ce sujet, nous pouvons cependant citer l'opinion de M. Voiges (cité par Mullenbach) d'après lequel un arrosage de 18 km avec une solution de Westrumite à 5 °/₀ couterait environ 1,5 cent. par mètre carré, et, avec une solution à 10 °/₀, environ 3 cent.

Dans l'article de M. Guglielminetti que nous avons cité plus haut, cet auteur nous avait dit qu'après deux arrosages consécutifs, à une jour d'intervalle, avec une solution à 10 °/₀, il pensait qu'on pouvait se contenter d'arroser avec des solutions à 2 °/₀ et que neuf arrosages par an seraient suffisants.

Dans tout ceci, nous avons été frappés surtout par deux faits : d'abord de voir déterminer dès le deuxième jour d'un premier essai, quel sera le nombre d'arrosages annuels qui sera nécessaire à l'entretien d'une route, quel sera le titre des solutions à employer consécutivement, et surtout à voir fixer ce nombre à neuf arrosages après avoir constaté qu'au bout de dix à quinze jours d'un double arrosage il se formait déjà une quantité considérable de poussière.

Ensuite, la déclaration de M. Guglielminetti, faite après dix jours d'essais, que la Westrumite était, contre la poussière, le

[1] Reproduit dans la *Tribune de Genève*, avril 1904.
[2] Mullenbach, *Gesundheit*, 1904, n° 10.

remède *efficace, pratique et sa*
paru exagéré et en tout cas pı

Les villes de Lausanne et
ques essais avec la Westrum
constater les effets de ces arro
même temps pour étudier ex
substance sur le sol, sur l
vivants, comme nous l'avions
le goudron.

La Westrumite qui a servi
est celle qui a été employée
mise obligeamment à notre
Cette Westrumite est un liqui
empyreumatique et ammoni
verre, il ne tarde pas à se sép
ficielle, peu étendue, représen
de la totalité de la colonne li
et a l'aspect et les qualités d'
est plus noir et ressemble à d
trumite versée dans l'eau la
qu'elle contient donne lieu à
la surface.

Une route qu'on vient d'
10 °/₀) paraît être arrosée av
assez rapidement et la chau
nâtre qui n'est pas désagréab
l'arrosage est abondant com
du liquide s'écoule latéraler
grasse, qui surnage, qui s'en

Lorsque cet arrosage a ét
route en a été presque complè
ou trois premiers jours la ro
tomobiles marchant à une ce
peu de poussière. Mais cet éta
fin de la première semaine,
mer aussi abondante qu'aupa
ner qu'avant de « westrumiti
céder à un lavage soigné de c
la poussière se trouvant sur l
Une chaussée ainsi traitée,
sieurs jours avant de produir

si on ne la traite pas à la Westrumite. Par contre, si on arrose à la Westrumite une route sans lavage préalable, la poussière n'est pas ou n'est qu'incomplètement abattue; il en résulte que le traitement à la Westrumite n'est réellement efficace contre la poussière que là où il n'y en a pas. La ville de Lausanne a arrêté ses essais avec cette substance, parce qu'ils n'ont pas donné de bons résultats, et quant aux expériences qu'on est en train de faire à Genève, on peut déjà en tirer quelques conclusions. En étudiant, sur le quai du Mont-Blanc, les parties traitées à la Westrumite, on peut remarquer des différences sur différents tronçons.

La partie de la route qui va de l'Hôtel national au parc Mon-Repos qui avait été refaite et goudronnée l'année passée, présente l'aspect le plus agréable : surface uniforme, pas ou peu de poussière ; mais ce tronçon de route a un macadam parfait et le plastron de goudron, appliqué dans d'excellentes conditions, est encore en excellent état; cette route est toujours bonne, même sans traitement et surtout après lavage ou arrosage. En suivant le quai dans la direction de la ville, on voit (deux à quatre jours après le traitement à la Westrumite) que la poussière, bien que plus abondante que sur le tronçon goudronné, n'est pas encore très gênante; la mosaïque du macadam, mise à jour par le lavage, est en très bon état, mais, un peu plus loin, la poussière devient très abondante malgré que la route ait subi le même traitement sur toute sa longueur; c'est qu'ici la mosaïque du macadam est déjà bien entamée et défoncée par places.

I. — *Analyse bactériologique de l'air sur les routes traitées à la Westrumite.* — Nous avons pratiqué ces analyses de la même manière que nous l'avions fait pour les routes pétrolées et goudronnées[1]; ces recherches ont toujours été faites parallèlement avec d'autres faites sur des routes non traitées et soumises à une intensité de trafic analogue. Nous avons employé la même technique que précédemment (aéroscope à barbotage[2]); nous avons complété ces recherches par l'exposition des plaques d'agar.

Voici, sous forme de tableaux, la moyenne de nos résultats :

[1] Cristiani et de Michelis. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1904, n° 1.
[2] Cristiani. *Soc de Biol.*, 9 janvier 1904.

Nombre de germes trouvés d
(moyenne de

Routes non traitées
Routes westrumitisées
Route anciennemement goudronné trumitisée

Dans nos recherches sur le pé
trouvé (moyenne de 110 analyse

Routes non traitées
Routes goudronnées
Routes petrolées

II — *Pouvoir fixateur des po*
avons répété pour la Westrumite
faites pour le pétrole et le goud
plies de terre stérilisée étaient a
pure ou diluée, de manière à en in
lorsque le liquide était complèt
drions la surface avec de la poud
avec des spores de *b. subtilis.*
lisé et muni d'un bouchon d'oua
sur la surface de cette terre de
nière à les diriger vers des plaq
côté opposé en guise d'écrans. N
loppement du *b. subtilis* sur ces
Voici les résultats :

(+ + + = beaucoup de colonie
de colonies ; — pas de colonies).

Insufflation après ensemencement.			
½ heure après	=	+ + +	
6 » »	=	+ + +	
1 jour »	=	+ + +	
2 » »	=	+ + +	
3 » »	=	+ + +	
5 » »	=	+ + +	
7 » »	=	+ + +	
9 » »	=	+ +	
11 » »	=	+ +	
12 » »	=	+	
16 » »	=	surface complètement moisie.	

III. — *Action bactéricide.* — Nous avons cherché à déterminer le pouvoir antiseptique exercé par une surface de terre westrumitisée sur différents germes, en étudiant combien de temps ces germes pouvaient rester vivants et aptes à se reproduire après avoir été mis en contact avec un sol pareil.

Dans chaque expérience nous avons étudié comparativement la survie des microbes semés sur de la terre westrumitisée et sur de la terre non traitée.

Ainsi que nous l'avions déjà fait lors des précédents essais avec le goudron et le pétrole[1], nous avons réalisé une route *in vitro* en la représentant par des tubes de verre que nous remplissions aux trois quarts de terre tassée de manière à la rendre consistante comme la surface d'une route.

Ces différents tubes, qui étaient préalablement stérilisés et conservés bouchés avec de l'ouate, étaient soumis à un abondant arrosage de Westrumite pure ou diluée, suivant le besoin des expériences, avec les précautions d'usage. Les cultures en bouillon que nous avons employées pour l'infection des tubes étaient âgées de 24 heures et nous en versions toujours une quantité suffisante (1/2 cc.) pour en imbiber complètement la surface. (Voir tableaux p. 414-416).

Il résulte de l'ensemble de ces expériences que la terre traitée à la Westrumite n'est pas douée de pouvoir antiseptique ou du moins que ce pouvoir est inappréciable et pratiquement sans valeur. Si nous ajoutons à ces faits l'observation que nous avons rapportée précédemment que la terre westrumitisée est capable de moisir, nous serons vite persuadés qu'on ne saurait compter sur cette substance pour obtenir une désinfection quelconque de la surface du sol.

Si maintenant nous essayons de comparer les résultats de ces expériences avec ceux que nous avions obtenus avec le pétrole et le goudron, nous pourrons facilement nous persuader de la supériorité, au point de vue antiseptique, de ces deux dernières substances.

En effet, tandis que le goudron, en couche fraîche, détruit presque immédiatement le vibrion du choléra, tue en vingt-quatre heures le bacille de la diphtérie et celui d'Eberth, et que le pétrole facilite aussi la destruction du vibrion cholérique, accélère la mort du bacille d'Eberth et de celui de Lœffler, la

[1] Confr. ouvr. cité, p. 46 et suiv.

:BIE. — *Terre westrumitinée depuis 24 heures* .

+ — colonies ; — pas de colonies

Westrumite, même si elle est employée sans dilution, permet une survie assez longue de ces microbes, en tout comparable à celle qu'on observe lorsqu'on les ensemence sur des sols normaux.

2me SÉRIE. — *Terre westrumitée depuis 48 heures.*

jours	1						2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
heures	1	3	6	9	12	24																			
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—									
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—										
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	—	—	—
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	—	—	—
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	—	—	—							
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	—	—	—										

Voici d'ailleurs un tabl
met en présence l'effet d
différents germes :

Tableau comparatif de l'action sur les microbes du goudron, du pétrole,

* Le résultat positif continuant après 30 jours, nous avons arrêté les ensemencements.

En somme il nous par
avec des solutions de Wes
vue de l'abattage de la
de l'eau, mais cette sup
le coût de l'opération, qu
en tenant compte de la
arrosages. Il résulte en eff
que la poussière ne tard
routes déjà un peu usées
besoin d'un traitement ef

En outre on ne saurait
Westrumite à ceux prod
huiles de pétrole, car les
la Westrumite en très pe
tiellement pendant l'arr
dent complètement, pour
corps gras utiles en l'occ

Quant au goudron, qu
rasse protectrice dure et
perd complètement cette
dès qu'il est complètemen
Westrumite.

Enfin, expérimentalem
trumite est à peu près n
et des poussières tout à
ressant de remarquer q
sée et couverte, abandon
couvrir d'une riche moi
des routes traitées à la W
de germes que celui des
contient même parfois pl

L'ensemble de ces rés
l'emploi de la Westrum
progrès dans l'entretien

—

... ...ératoires des tumeurs fibreuse
de l'utérus.

Rapport présenté le 21 janvier 1904
à la *Société d'obstétrique et de gynécologie de la Suisse roman*

Par le Dr M. Muret
Professeur de gynécologie à l'Université de Lausanne.

Messieurs,

Les tumeurs fibreuses de l'utérus sont des tumeurs bé elles peuvent donner lieu à des symptômes graves et me danger la vie des malades, mais au sens anatomo-pathol et clinique du mot, elles sont des tumeurs bénignes. D'a un grand nombre de fibromyomes, la plupart peut-ê donnent lieu à aucun symptôme, ne sont même pas soup et sont souvent découverts par hasard.

Le seul fait de l'existence d'une tumeur fibreuse ne donc pas son ablation et ce sont les symptômes, les t auxquels elle donne lieu qui en détermineront les indi opératoires.

Ce qui rend cette question difficile, c'est la grande que présentent les fibromyomes au point de vue de leu de leur volume et de leurs symptômes, ainsi que de la r individuelle qu'ils provoquent chez les malades; en o faut ajouter à ces faits l'opinion très individuelle que chaque médecin des symptômes de ces tumeurs et des d de l'opération. A ce point de vue, l'on peut dire en qu'avec l'amélioration considérable du pronostic des opé des fibromyomes, les indications opératoires sont devenu larges et moins strictes et que l'opérateur expérimen droit d'opérer aujourd'hui dans beaucoup de cas qu'il considérés il n'y a pas très longtemps comme des *noli gere*. Cela dit, le gynécologue consciencieux n'en dev moins toujours peser avec le plus grand soin, d'un côté l gers de l'opération et de l'autre les symptômes présent la malade.

Avant de passer en revue les indications principales tervention opératoire dans les tumeurs fibreuses, je v

dire quelques mots de certaines c
en ligne de compte lorsqu'il s'
opératoires, je veux parler de l'
des malades.

On admet volontiers que les fe
d'ailleurs qu'exceptionnellement
être opérées sans retard, car che
rapidement de volume et leurs
pour exercer leur influence néfas
chose de vrai dans cette assertio
non plus que l'on ne doit pas fai
la femme en pleine activité sex
fibromyomes une jeune femme p
à bien une grossesse. Pour ma p
de ce point de vue et je m'en sui
sesse survenir dans des cas où
radicale préconisée par d'autres
à intervenir en cas de nécessité.

En ce qui concerne les femm
pause et qui livrent le plus gros
nous occupe, il ne faut pas oublie
diminuent de volume et restent
la cessation des règles survient
femmes atteintes de fibromyomes
augmenter de volume après la n
la conséquence qu'il ne faut pas
des symptômes peu importants,
de symptômes graves, il ne faud
des illusions trompeuses et qu'il
nir, même à la veille d'une méno
rait prévoir la date.

Enfin les fibrômes qui donnent
la cessation des règles, doivent
alors ou bien de dégénérescence
C'est ainsi que j'ai pratiqué récem
chez une femme de 63 ans, pré
queux qui donnaient lieu à des p
l'examen microscopique des prod
déceler autre chose que du ti
probable que l'examen histologic
amènera la découverte de foyer

Si j'ai parlé de la condition sociale des malades, c'est qu'ici, plus que dans beaucoup d'autres cas, celle-ci exerce et doit exercer une influence sur la décision du gynécologue, en ce sens qu'il sera souvent appelé à intervenir activement même sans indication stricte chez des femmes obligées de gagner leur vie par leur travail, tandis qu'il s'abstiendra chez les femmes plus aisées qui pourront se soigner. Cette distinction qu'il faut faire au point de vue opératoire entre malades pauvres et aisées, paraît au premier abord un peu choquante, et j'avoue avoir toujours eu quelque répugnance à la mentionner à mes élèves jusqu'au jour où j'ai acquis la conviction que, grâce aux progrès des méthodes opératoires et par un juste retour des choses d'ici-bas, ce sont après tout les petites gens qui s'en trouvent le mieux, car elles guérissent rapidement, tandis que les autres traînent souvent pendant longtemps une vie misérable.

En pesant exactement le pour et le contre de l'opération, il faut encore et toujours tenir compte, surtout dans les cas où l'on opère sans indication de nécessité absolue, de l'importance de la vie de la malade au point de vue social et familial, et ne pas oublier par exemple ce que vaut la vie d'une femme, mère de plusieurs enfants.

Un mot encore sur le siège des tumeurs fibreuses; celui-ci n'a guère d'influence sur les indications opératoires que par les symptômes qu'il produit le plus souvent. C'est ainsi que les fibrômes sous-muqueux et les polypes donnent le plus souvent lieu à des interventions opératoires par le fait des hémorragies qu'ils occasionnent, tandis que les tumeurs sous-séreuses le font par les troubles mécaniques qu'elles causent. C'est ainsi encore que dans la grossesse le siège de ces tumeurs au niveau du col ou du corps de l'utérus a par lui-même une importance considérable.

Si nous en venons aux indications opératoires proprement dites, ce sont certainement les métrorrhagies avec l'anémie et l'hydrémie subséquentes qui constituent à la fois le symptôme le plus important et l'indication opératoire la plus fréquente des tumeurs fibreuses.

Vous connaissez tous l'aspect particulier si caractéristique des malades de cette catégorie; d'une pâleur cireuse, grasses et flasques, elles portent inscrit sur leur visage le diagnostic de fibromyome à hémorragies.

Ces cas-là, dans lesquels il s'
sous-muqueux ou de polypes do
cation d'une opération radicale
c'est que très exceptionnellement
symptomatique ou le curettage pe
de ce genre que j'ai le plus so
fibrômes sous-muqueux, ablation
tomie abdominale ou vaginale tot

Les partisans de l'expectative c
malades-là meurent très rarem
d'anémie; cela est possible, mais
voit des cas d'anémie pernicieuse
sur des métrorrhagies persistante
sont condamnées à mener une vi
années; dans l'état actuel de la
presque superflu de dire qu'elle
seront le plus souvent avec succès

Les hystérectomies totales abd
pratiquées sur des malades pres
donné d'heureux résultats. Les op
tervention et ont repris ensuite r
doute chez elles il faut surveille
cœur, mais il ne faudrait pas pen
trop souvent les médecins timor
pour supporter une opération qu
presque à coup sûr. Ces malades
les ressources pharmaceutiques e
afin de leur éviter une nouvelle
être plus fatale que l'opération el

Lorsqu'il s'agit de cas moins a
voit souvent obligé d'essayer d'al
symptômatique, mais il faut surv
et si les remèdes n'ont pas un
trop longtemps; l'opération se fe
conditions.

Il n'est pas toujours facile du
rationnelle de l'importance des
souvent étonné de voir d'excell
d'anémie rebelle sans songer à
ménorragies qui demeurent igno
établir l'indication opératoire,

réaction des hémorragies répétées sur l'état général des malades que de la quantité du sang perdu.

Il est impossible dans cet ordre de faits d'établir des règles précises, et la décision définitive dépendra toujours dans une certaine mesure, du jugement et de l'expérience personnelle du médecin.

Une autre indication généralement admise, c'est *la croissance rapide des tumeurs fibreuses*. Ici, à mon sens, il faut distinguer et rechercher s'il s'agit d'une simple hypertrophie ou bien d'une augmentation de volume due à une dégénérescence de la tumeur, à de l'œdème, à la formation de kystes, à de la suppuration, etc. Dans ce dernier cas, tumeurs fibreuses dégénérées, il faut évidemment opérer et opérer de bonne heure, tandis que l'augmentation pure et simple de la tumeur peut rester dans des limites raisonnables et n'indique pas nécessairement une intervention radicale. C'est ainsi que j'ai observé chez une femme de 35 à 36 ans une augmentation assez rapide de tumeurs fibreuses multiples dans les années qui ont suivi son seul et unique accouchement, puis un arrêt dans la croissance des tumeurs; actuellement la malade se porte parfaitement bien et ses tumeurs ne la gênent pas. Il faut cependant toujours surveiller attentivement les tumeurs à croissance rapide, et si celle-ci est progressive, opérer.

J'ai pratiqué l'hystérectomie abdominale totale dans cinq cas de tumeurs fibreuses volumineuses œdématiées, kystiques ou dégénérées; une seule de ces opérées, âgée de 70 ans, est morte de bronchopneumonie quelques semaines après l'opération.

Les symptômes *mécaniques* causés par les fibrômes sont nombreux et variés et constituent une catégorie intéressante d'indications opératoires.

La mobilité de certains fibromes sous-séreux plus ou moins pédiculés contenus dans un ventre flasque est fréquemment une cause de douleurs et un sujet de plaintes de la part des malades et l'opération est alors d'autant plus justifiée que ces cas sont souvent accompagnés d'ascite, que l'intervention est bénigne et qu'elle permet de supprimer le danger d'une torsion du pédicule et de la formation d'adhérences péritonéales.

Les tumeurs fibreuses peuvent donner lieu à des symptômes d'incarcération dans le petit bassin et provoquer des troubles prononcés du côté de la vessie : l'ischurie, la dysurie, la réten-

ıptômes se présentent volontiers lorsqu'il s'agit de
:ol, qui attirent ou poussent la vessie en haut ou
ıt et ils peuvent devenir si pénibles que l'opération
'ef délai, comme dans l'un de mes cas.
ssion des plexus nerveux du bassin a été également
ımme une indication opératoire; il en est de même
ses veineuses des extrémités inférieures et du
nt considérable de varices. Le prolapsus vaginal
t également amener le gynécologue à intervenir.
attribué à des phénomènes de compression l'albu-
e présente chez les femmes atteintes de fibromes.
nurie, qui peut être passagère et accompagnée
nstitue, d'après Doyen et Delagenière, une indi-
oire, tandis que ce dernier chirurgien considère
ontre-indication l'albuminurie lorsqu'elle est due
chronique ou à des lésions cardiaques. Je n'ai pas
personnelle à cet égard.
ces phénomènes de compression nous amène à
volume des tumeurs, qui peuvent être quelquefois
ɔousser le diaphragme en haut et produire des
ardio-pulmonaires. Il y a alors urgence à opérer,
gisse en général d'opérations graves; le volume de
saurait être alors considéré comme une contre-
en au contraire.
faits, qui se confondent le plus souvent avec ceux
d'une dégénérescence kystique et d'une croissance
umeur, le volume des fibromes ne donne lieu par
ıucune indication opératoire. Il y a, en effet, de
.breux qui causent des symptômes graves et into-
grosses tumeurs qui sont bien supportées.
est rarement comprimé par les fibromes au point
ɔ occlusion intestinale ou même seulement une
:ontre, le développement sous-séreux des tumeurs
décoller le mésentère de la flexure iliaque, par
amener la formation d'adhérences avec telle ou
de l'intestin à la suite de péritonites locali-
produire des coudures de l'intestin et des com-
ıves, qui elles-mêmes deviennent des indications
d'urgence. C'est ainsi que j'ai été appelé, il y a
ɔes, à opérer un cas désespéré d'ileus, dans lequel
que fixée par des adhérences péritonéales à des

fibromes sous-séreux, était coudée, ce qui avait amené au-dessus de l'obstacle la gangrène et l'ouverture de l'intestin dans une poche de la séreuse.

Que doit-on penser des troubles cardiaques qui accompagnent si fréquemment les tumeurs fibreuses? La dégénérescence graisseuse et l'atrophie brune sont plus facilement reconnues sur la table d'autopsie que sur la femme vivante et ces trouvailles d'autopsies sont en général la consolation de l'opérateur qui a eu le chagrin de voir son opérée mourir, sans trop savoir de quoi ni pourquoi. La connaissance de ces états graves du cœur devrait, à mon sens, mettre en garde les médecins contre une expectation prolongée, mais je ne saurais admettre qu'ils constituent par eux-mêmes, comme le dit Pozzi, une indication opératoire; s'il n'y a pas d'autre indication, il est alors inutile de précipiter l'issue fatale par une intervention. Il est vrai de dire que ces cas-là sont en général accompagnés d'hémorragies; j'ai remarqué en outre que les symptômes cardiaques post-opératoires se présentent le plus souvent chez les malades chez lesquelles on ne les attendait pas. N'y aurait-il pas souvent, dans les cas de mort avec dégénerescence graisseuse du cœur, de l'infection?

Dans les tumeurs fibreuses, le symptôme douleur joue un rôle plutôt secondaire; cependant on observe quelquefois de vives douleurs lors de la menstruation, ou bien des douleurs dues à la compression ou à l'irritation péritonéale ou enfin aux efforts d'expulsion de polypes fibrineux ou de fibromes sous-muqueux. Ces symptômes donnent fréquemment lieu à l'intervention opératoire. Le gynécologue saura individualiser et son expérience lui permettra de reconnaître les cas de ce genre qui sont justiciables d'une opération.

Il va sans dire que tout polype fibreux qui descend dans le col ou dans le vagin doit être enlevée sans retard et cela même s'il ne cause pas d'hémorragie. Ces tumeurs pédiculées se sphacèlent facilement et sont sujettes à répétition. J'ai opéré un certain nombre de polypes fibreux plus ou moins volumineux, dont quelques-uns étaient dans un état de putridité avancée; j'ai perdu de septicopyémie une de ces opérées, évidemment déjà infectée avant l'opération. L'hystérectomie totale est souvent indiquée dans ces cas-là.

La répétition fréquente des polypes fibreux chez la même personne peut également devenir une indication de l'ablation

totale de l'utérus. J'ai enlevé, i
fibreux chez une malade âgée de
sième opération, et je suis décidé,
à lui enlever l'utérus ; cette fois-ci
de plus longue durée qu'auparav
faisant l'ablation du polype, d'én
ou cinq petits fibromes, gros cha
se trouvaient dans le pédicule de

La dégénérescence sarcomateus
cation opératoire évidente et in
des carcinomes qui se développent
fibromateux, mais l'indication est
mais bien par le carcinome ; c'est
succès, il y a quelques années
totale sur une femme de 57 ans
anciennes et chez laquelle s'était
de l'utérus.

Enfin il y a des cas dans lesque
cations citée plus haut et où les
rassées de leurs tumeurs, soit q
leur rendent la vie insupportabl
dans des pays lointains, elles red
de tout secours médical ; dans ce
tainement, à mon sens, le droit d
paraît pas trop grave et s'il peut
guérison.

La grossesse et l'accouchem
complications nécessitant une inte
nombre de grossesses compliquées
tement normalement et l'accouch
complication. Ici le siège de la t
ce sont surtout les corps fibreux d
de l'utérus qui sont importants. L
je l'ai vu plus d'une fois, ils s'élèv
à mesure que le segment inférieu
même, de sorte que la tête fœtale
à Strasbourg un cas très intéress
col s'est suffisamment aplatie a

[1] J'ai pratiqué, il y a un mois, chez
nale ; l'utérus contenait plusieurs fibro
tiles. (Juin 1904.)

laisser passer la tête. Il y a donc en somme, rarement lieu d'intervenir, et je ne saurais partager l'opinion de ceux qui préconisent l'hystérectomie totale au cours de la grossesse pour parer aux accidents possibles de l'accouchement. Dans un cas que j'ai observé on avait conseillé de provoquer l'avortement ou de faire l'hystérectomie totale pendant la grossesse. Il s'agissait d'un gros fibrome sous-séreux, largement implanté, que j'extirpai quelques mois après un accouchement tout à fait normal. Dans ces cas-là, il faut simplement attendre et se tenir prêt à toute éventualité. Si plus tard l'hystérectomie s'impose, elle ne sera guère plus grave qu'à quatre ou cinq mois et précédée de la césarienne, elle sauvera la mère et l'enfant.

Si, au cours de l'accouchement, une tumeur enclavée dans le petit bassin ne se laisse pas réduire, il n'y a qu'à l'enlever par la voie vaginale. Si la dilatation ne peut pas se faire ou si l'accouchement ne marche pas, il faut pratiquer l'opération césarienne suivie de l'hystérectomie abdominale totale ou subtotale. On a ainsi la chance d'obtenir un enfant vivant sans faire courir à la mère des risques trop considérables.

Il y a des cas exceptionnels dans lesquels cependant l'opération sera indiquée au cours de la grossesse par le fait de troubles mécaniques, mais je crois pour ma part que l'on a plus souvent opéré au cours de la grossesse sans se douter de l'existence de cette dernière que de propos délibéré.

J'ai en ce moment en traitement deux cas de grossesse dans des utérus farcis de fibromes; l'une de mes malades est presque à terme et aucune tumeur n'obstrue le canal pubien [1].

Dans les suites de couches, il y a en général une régression des tumeurs sous l'influence de la lactation ou de l'ergotine qu'il faut toujours donner dans ces cas-là. Après l'accouchement, les fibromyomes devenus plus petits qu'auparavant, demeurent souvent stationnaires pendant longtemps.

Enfin la suppuration des fibromes dans les suites de couches et leur ramollissement peuvent fournir des indications opératoires, comme je l'ai vu dernièrement chez une accouchée qui présentait un fibrome intraligamentaire suppuré; la tumeur fut énucléée par la voie vaginale.

Telles sont, Messieurs, en résumé, les indications opératoires

[1] Les deux malades ont dès lors accouché à terme et se portent bien (Juin 1904).

ıissent devoir entrer en ligne de compte dans la dis-
ıujet que j'ai été chargé d'introduire devant notre

RECUEIL DE FAITS

Anomalie d'un placenta de jumeaux.

ınique obstétricale de Genève, Prof. Dr Jentzer).

par René Guillermin, cand. med.
Anc. assistant ext. à la Maternité

ırts de la circulation placentaire chez les jumeaux
'ls sont peu connus ; d'importants travaux (Schatz,
emont-Dessaignes, Ahlfeld et d'autres) étudient les
ɜ jumeaux d'un œuf, mais nous n'avons rien trouvé
ırature se rapportant au cas suivant : anastomoses
importantes entre les placentas de jumeaux de deux
des enfants étant vivant et viable, et l'autre fœtus
ɜéré. C'est pourquoi l'étude de ce cas nous a paru
ırêt.

uit du 22 au 23 août 1903, M. le Dr Guerdjikoff,
Maternité, fut appelé en ville auprès de Mme G. ; il
une grossesse gémellaire ; les douleurs avaient com-
heures auparavant, le travail en était à la période
Mme G., âgée de 31 ans, VIpare, de santé robuste,
ilis, avait eu ses dernières règles vers le milieu du
embre 1902. L'accouchement en lui-même ne nous
ɜ : le siège du premier enfant (présentation S.I.G.A.)
anément et l'extraction n'offrit pas de difficulté.
ınd, la poche des eaux, en boudin, arrive à la vulve ;
ficielle, eaux sanguinolentes ; présentation du siège
mode des pieds ; on descend le pied droit ; sortie
u siège ; extraction (Mauriceau). Délivrance spon-

ɜr enfant, un garçon, vivant, était normal (pour un
ıit mois) et bien constitué ; nourri au sein pendant
ıes, puis au biberon, il se trouva dans de mauvai-
ns d'hygiène ; il est mort à l'âge de deux mois et
entérite.
l enfant, un garçon aussi, mesurait 38 cm de lon-
ɜ, 27 cm du vertex au coccyx ; poids 2100 gr. Il était
ɜéré. La mort devait remonter à six jours environ,
aille du fœtus et son degré de macération ; en effet,

Anomalie d'un Placenta de Jumeaux

Anastomoses entre les deux placentas.

Figure 1.

Circulation du jumeau macéré. Circulation du jumeau sain.
A. B. C. D. E. = Anastomoses.

Schéma de la 3me circulation placentaire d'après Schatz.
Courant sanguin modéré, asymétrie.

Figure 2.

C, C. = Cœur de chacun des jumeaux. G. P = Gateau placentaire.
3 = 3me circulation placentaire.

Signalons une forte stase veineuse
macéré, dont la face fœtale était .
dilatés contenant un sang bleu-viol
voulut bien m'autoriser à injecter la
et me prêta son concours éclairé.

Une masse rouge fut poussée dans
(artères et veine) du cordon de l'enf
fut injecté en bleu, opération délica
sion d'y revenir, le calibre de ses va
pièce fut ensuite durcie au formol à
sinée par Mlle Z. Bratlowsky, étudi
Faculté (voir la figure). Le placen
présente rien de particulier ; l'inser
ment excentrique, plusieurs faux nœ
ges et résistants ; ils se divisent en
face fœtale ; la masse d'injection a
quantité que dans le placenta bleu
ce qui tient sans doute à une contrac
ble des fibres musculaires lisses des

Pour le placenta du jumeau macér
excentrique ; quelques faux nœuds le
et les artères ombilicales sont très
très minces et très friables ; le calib
vaisseaux est inférieur à la moitié du
le démontre le schéma (Pl. IV, fig
les deux circulations sont important
n'avons trouvé nulle part la descript
semblables dans un placenta de deux
chorions dans un placenta gémellai
seaux placentaires sont ou complète
des anastomoses insignifiantes ; dans
contraire, il y a presque toujours de
tions placentaires » (Schulze). Ribe
Rumpe, Budin et d'autres, exprim
Schulze, nous sommes donc en droit
anomalie ces anastomoses dans un p

C'est cette circulation anastomoti
tas d'un œuf que Schatz appelle la
centaire : il classe ses cas d'après l'i
symétrie dans cette troisième circula
effet, qu'un des placentas distribue
n'en reçoit (asymétrie . Nous rep
le schéma n° 5 de Schatz, que nous
transformant son placenta d'un œu
porte la suscription : Forte asymétr
déré dans la troisième circulation pl
due, comme nous allons le voir, à l
licale du jumeau macéré.

A la face utérine de notre placent
don qui, bien qu'appartenant morpl

du jumeau macéré, fait partie de l'autre placenta par sa circulation; et, en revanche, un cotylédon du placenta sain est irrigué par le sang du jumeau macéré. Ce fait, venant s'ajouter à la présence des anastomoses, nous permettra d'assimiler notre placenta de deux œufs à un d'un œuf, dont la circulation est ainsi décrite par Schatz : Les jumeaux d'un œuf ont deux circulations spéciales, mais en général plusieurs cotylédons qui se trouvent à la limite sont communs aux deux circulations, les artères de l'un envoient leur sang à travers les capillaires des villosités aux veines de l'autre, et réciproquement. Le sang lancé par une artère ombilicale revient en majeure partie par le même cordon et en petite partie par le cordon de l'autre; ce sang de la troisième circulation placentaire circule dans les cœurs des deux jumeaux, et tient constamment le sang de l'un en communication avec celui de l'autre, ce qui ne les empêche pas d'avoir une certaine indépendance. Cette partie du travail de Schatz n'est pas contestée par Werth.

Il est probable qui si la grossesse était arrivée à terme, notre placenta sain aurait envahi petit à petit, et cotylédon par cotylédon, celui du fœtus macéré, comme cela arrive d'habitude dans de pareils cas. Le placenta du jumeau macéré a survécu à la mort de son fœtus, car ses villosités ne sont ni atrophiées ni mortifiées ; il était un peu ratatiné, mais cependant bien conservé.

Que devons-nous penser de la mort du second fœtus? Schatz, dans sa remarquable publication sur la circulation des placentas d'un œuf, l'un des jumeaux étant acardiaque. attribue pour un groupe de ses cas la mort du fœtus anormal à une insuffisance de la veine ombilicale. « En effet. dit-il, il en résulte une asymétrie de la troisième circulation du second jumeau dans le cordon, si bien qu'une compensation n'est plus possible par les anastomoses du placenta (qui sont déjà franchies). » Nous nous sommes demandé si cette sténose de la veine ombilicale ne pourrait pas être une conséquence, et non la cause de la mort du jumeau. Supposons qu'un fœtus à cœur normal cesse de vivre (causes de compressions, tumeurs, etc.), la circulation se ralentira considérablement dans le cordon, puisque le sang seul qui arrive par les anastomoses placentaires peut y pénétrer; or nous savons que, par adaptation, un vaisseau proportionne son calibre à la quantité de sang qui le traverse; il se rétracte donc si cette quantité diminue; la sténose de la veine ombilicale pourrait donc être secondaire à la mort du fœtus.

Cette objection à la théorie de Schatz nous paraît être réfutée par une statistique de Rumpe sur de nombreux cas de jumeaux observés dans les cliniques de Marbourg et de Vienne. Voici ce que dit Rumpe : « Il est intéressant de constater que la mort d'un des fœtus est trois fois plus rare chez les jumeaux de deux œufs que chez ceux d'un œuf, et elle coïncide, dans la moité des cas connus jusqu'ici, avec une sténose de la veine ombilicale. » Si la sténose de la veine était secondaire à la mort

du jumeau, ce n'est pas dans la
tous, qu'on la rencontrerait ; c'es
à la théorie de Schatz.

Il nous reste à examiner si
veine ombilicale amenant la mort
d'un œuf, dont un est acardiaque)
en effet nos jumeaux sont de deux
est normal.

Le fait que nos placentas de
largement, qu'ils ont des cot
comparables à un placenta d'un o
tomoses.

D'autre part l'existence d'un c
n'empêchait pas que le sang héma
une difficulté à revenir au fœtus
explique fort bien la stase veine
de comprendre que le fœtus se
défavorables à la lutte pour l'e
empêché d'arriver à terme. Qua
très forte (anastomoses par de g
un stade très précoce du dévelo
fatal à l'un des jumeaux ; avec u
deux cœurs sont toujours en oppo
dépasse celle de l'autre, le mouve
grade d'un côté de l'anastomose,
le plus faible. Le cœur le plus faib
paralysé, et la circulation ne s
jumeau ainsi vaincu, que par le
moses du placenta. Le sang que
nutrition a déjà circulé dans la n
l'autre ; ses échanges sont insuffi
interprète certaines malformatio
jumeaux d'un œuf, mais dans ce
artérielles considérables ; dans n
laires sont beaucoup plus modeste
n'est-il pas un monstre, mais il n'a
la cause de la faiblesse de son
plausible dans la sténose de sa vei
de la circulation des fœtus d'
(Ahlfeld), n'infirme en rien notre

Quant à la survie du fœtus fav
lorsque la macération du deuxièm
ou pas de toxines ; en effet, étant
les deux placentas, une infection
n'eût pas permis la vie de l'autre
toxines en petite quantité puisse
avant d'arriver au placenta sain ;
c'est souvent le cas, des symptôm
jours de la grossesse., qui corres
commencement d'intoxication.

Nous voyons donc qu'un placenta de deux œufs peut présenter des relations et des anastomoses vasculaires qui lui donnent, au point de vue physiologique et pathologique les caractères d'un placenta d'un œuf.

Malgré ces relations vasculaires, la macération d'un jumeau peut ne pas entraîner la mort de l'autre ni son expulsion immédiate.

Nous attribuons la mort du deuxième jumeau à la sténose de sa veine ombilicale.

Nous adressons ici à M. le prof. Jentzer et à M. le Dr Kœnig nos remerciements pour leurs précieux conseils.

BIBLIOGRAPHIE

Ahlfeld. Lehrbuch der Geburtshülfe.— Missbildungen des Menschen. — Berichte und Arbeiten, 1887.

Budin, *Arch. de Tocologie*, 1882 et 1883.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. Précis d'obstétrique.

Ribemont-Dessaignes. Des placentas multiples dans les grossesses. *Annales de gynec.*, 1887, p. 12.

Fleuterescu. Contribution à l'étude des grossesses multiples univitellines et bivitellines. *Thèse de Paris*, 1896.

Riblænder. Ein Beitrag zur Kenntnis der Veræenderungen in der Placenta bei abgestorbener Frucht. *Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk.*, 1901.

Rumpe. Ueber einige Unterschiede zwischen eineiigen u. zweieiigen Zwillingen, *Zeitschrift. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, 1891, p. 344.

Schatz. Die Gefæssverbindungen der Placentakreislæufe eineiiger Zwillinge ihre Entwickelung u. ihre Folgen, *Arch. f. Gynäk.*, 1898. — Eine besondere Art von einseitiger Polyhydramnie mit anderseitiger Oligo hydramnie bei eineiigen Zwillingen. *Arch. f. Gynæk.*, 1882, p. 329.

Schulze. Ueber Zwillingsschwangerschaft. *Samml. klin. Vortr.*, Leipsig, n° 34.

Stefann. Ueber drei Fælle v. Hydramnion bei Zwillingerschwangerschaft.

Werth. Einseitiges Hydramnion mit Oligokydramnie der zweiten Frucht bei Zwillingschwangesschaft aus einem Ei. *Arch. f. Gynäk.* 1882, p. 353.

Corps étrangers de l'oreille

Par le Dr H. Grandjean, à Lausanne.

Les observations de corps étrangers de l'oreille sont fréquentes et il faut, je l'avoue, de la témérité pour en publier encore, mais les deux cas que je vais brièvement décrire présentent, il me semble, quelque intérêt. Je n'ai pas le mérite d'avoir trouvé une nouvelle méthode pour l'extraction de ces deux corps

étrangers, car, ainsi que mes deux malades, je n'ai su qu'ils existaient que lorsque je les ai vus hors de l'oreille.

Mlle X., 18 ans, souffre depuis deux jours d'une surdité complète de l'oreille gauche, survenue brusquement. La jeune fille a toujours bien entendu; elle n'a jamais été sourde auparavant. Aucun bourdonnement, aucune irritation ou démangeaison dans le conduit auditif.

A l'examen au spéculum, le fond du conduit est rempli par un bouchon de cérumen. L'extraction à la seringue se fait sans difficulté La chute du cérumen dans le bassin de caoutchouc durci produit un bruit sec. En examinant la cause de ce phénomène, je trouve enchassée dans la partie tympanique du bouchon, une perle de verre à facettes de la dimension d'un petit pois.

Après la première surprise, la mère de la jeune fille se souvint qu'à l'âge de quatre ans la fillette avait introduit dans son oreille une perle. Les efforts des parents ne parvinrent pas à la faire sortir. La fillette ne se plaignant pas et entendant bien, on n'y pensa plus. Cette perle est donc restée quatorze ans dans l'espace hypotympanique sans occasionner le moindre trouble.

Le second cas n'est pas aussi bénin.

Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans, employé dans une usine et qui souffrait depuis l'âge de huit ans d'une otorrhée intermittente, pour laquelle il consulta vainement deux ou trois médecins.

A l'examen, le conduit auditif droit ne présente rien de particulier, à part un peu d'écoulement purulent. Nettoyé, le fond du conduit apparaît fermé par une membrane blanchâtre, semblable à un tympan sclérosé, mais sans en présenter les caractères spéciaux. J'instillai quelques gouttes d'eau oxygénée dans le conduit, puis détachai assez facilement cette membrane au moyen d'une injection avec la seringue. En l'examinant, je vis accolé à la partie postérieure de ce faux tympan un corps grisâtre, long de 8 mm.. que je reconnus pour la partie inférieure d'un épi.

Le patient, très étonné, se souvint alors qu'à l'âge de huit ans un camarade lui avait enfoncé dans l'oreille un de ces épis que les enfants nomment des « ramoneurs » (*Hordeum murinum* L.) et dont une des extrémités était restée dans le conduit auditif. Ce fragment occasionna une otite purulente avec destruction tympanique.

Après trois semaines de traitement, l'otorrhée avait presque complètement disparu, et je perdis de vue le malade.

La présence de ce corps étranger avait donc été ignorée pendant quinze ans.

Je voudrais seulement remarquer, en terminant, les bons effets de l'eau oxygénée instillée dans le conduit auditif, pour permettre l'extraction facile avec la seringue de bouchons de cérumen récalcitrants et de corps étrangers qui adhèrent trop

e moyen très simple a rendu déjà
s ces cas particuliers de la pratique

OCIÉTÉS

AUDOISE DE MÉDECINE

ce du 7 mai 1904.

le M. Campart président.

nce en rappelant la mémoire du professeur
blée se lève en signe de deuil.
la séance du printemps aura lieu le 2 juin
ission permanente compte comme septième
aset, qui a bien voulu accepter d'en faire

du projet de règlement de la Commission
essionnels.
adoptés sans discussion.
ropos de l'art. 4, quel genre de décisions la
prendre.
u'on ne peut pas prévoir la nature des déci-
appelée à prendre. Ayons confiance en elle
uels.
servation, l'article 4 est adopté
eux alinéas étant intervertis après observa-

discussion, puis le règlement l'est ensuite

'on donne une sanction aux décisions que
concernera les intérêts professionnels.
que l'on introduise la sanction plus tard.
r la bienveillance et la solidarité des méde

alade envoyé à l'Hôpital cantonal par le
tic de *péritonite à localisations multiples à l'estomac*.
ce de chirurgie, le malade présentait deux
iduisant chacune dans des clapiers très pro-
ne et le diaphragme, l'autre dans la fosse
était mauvais par suite de la suppuration

prolongée. Une seule intervention chirurgicale consistant en une résection de côte et du cartilage costal, fut suffisante pour amener la guérison des deux clapiers datant de sept mois.

Ce cas est intéressant parce qu'il montre la possibilité de guérir une plaie cavitaire péritonéale par une simple résection de côte, alors que cette opération n'est généralement indiquée que pour un pyo-thorax.

M. Jaquerod donne les résultats de son expérience sur le *traitement de la tuberculose pulmonaire par le sérum antituberculeux du Dr Marmoreck*. Ces résultats sont tirés de l'observation de douze malades suivis pendant six mois après le début du traitement [1].

Le nouveau sérum Marmoreck vaut mieux que la réputation qu'on lui a faite à son apparition. Il peut rendre de grands services dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, spécialement dans certaines formes fébriles, où la chute de la température survenant immédiatement ou peu après l'application du traitement, est suivie d'une amélioration très rapide de l'état local et de l'état général. Le traitement est absolument inoffensif. Jamais dans les cas où il l'a appliqué, M. Jaquerod n'a vu survenir de complications ou d'aggravation, et dans tous il a pu constater en très peu de temps une amélioration ou quelque effet favorable qu'il attendait vainement depuis plusieurs mois, les cas traités ayant été choisis parmi des malades qu'il connaissait déjà depuis longtemps et dont l'état restait stationnaire ou s'aggravait manifestement. Toutefois le sérum Marmoreck ne fait pas des miracles, et dans les cas très avancés avec fièvre hectique et cachexie l'effet est à peu près nul.

M. Jaquerod publiera prochainement les points principaux de sa communication et précisera les formes de tuberculose pulmonaire dans lesquelles le sérum Marmoreck lui paraît être plus spécialement indiqué.

M. Bonjour relate le cas d'une malade, phtisique avancée, à laquelle il a fait des injections de sérum Marmoreck ; il n'a pas constaté d'amélioration. Il insiste sur le fait que les flacons de sérum l'ont frappé par leur impureté (débris de paille ! !). Il a eu une fois un abcès au lieu de l'injection.

M. Jaquerod, sur 500 injections qu'il a faites, n'a jamais eu d'abcès. Le sérum Marmoreck présente toutes les garanties désirables au point de vue de l'asepsie. Il est préparé suivant la même technique que le sérum antidiphtérique. Après filtration, il est stérilisé par la chaleur prolongée à 56°, puis chaque flacon bouché est laissé trois jours à l'étuve à 37° pour prouver l'absence absolue de germes. Le sérum ne peut donc pas contenir quelques germes isolés, il peut contenir une culture visible à l'œil nu, sous forme d'un petit nuage qui trouble uniformément le liquide quand on agite le flacon. Si cette culture échappe à l'observation du préparateur, elle ne doit pas échapper à l'observation du médecin qui n'a qu'à regarder

[1] La plupart de ces observations ont été publiées dans le numéro du 10 mai 1904 de la *Revue de médecine* de Paris.

ses flacons avant d'en injecter le contenu. Les flacons dont le liquide est trouble ne doivent pas être employés. Toutefois il ne faut pas confondre une culture avec les quelques flocons de fibrine qui se rencontrent dans tous les sérums et qui peuvent être injectés sans inconvénients.

M. Félix : Tous les sérums peuvent contenir des flocons de fibrine ou d'albumine coagulée. Ceci ne provient pas d'une faute de préparation, mais résulte de la coagulation de l'albumine par la chaleur.

M. Herzen lit un travail intitulé : *Quelques faits concernant la dégénérescence et la régénération des nerfs*.

Il y a une dizaine d'années, l'on était presque unanime à admettre que le bout périphérique d'un nerf coupé, était irrévocablement perdu, voué à une dégénérescence complète dans toutes ses parties, et malgré quelques observations qui semblaient indiquer la possibilité de la réunion des deux bouts du nerf sectionné, grâce à la suture, avec reprise des fonctions, l'on n'accordait à la suture d'autre importance que celle de mieux orienter vers la périphérie les fibres en train de croître du bout central, en leur offrant la voie facile des gaînes vides de l'ancien nerf. La suture *tardive* était à rejeter ; on ne pouvait, en effet, aviver les surfaces qu'en coupant à nouveau les fibres déjà avancées dans leur croissance, au grand détriment de leur rétablissement fonctionnel, attendu qu'après une deuxième section elles croissent beaucoup plus faiblement et plus lentement.

Cependant, Schiff, appuyé par quelques rares observateurs, soutenait que le cylindraxe des fibres dégénérées ne disparaît pas, qu'il en reste toujours un vestige plus ou moins altéré, mais nettement visible, au centre de chaque fibre ; il pensait que ce cylindraxe pouvait, grâce à la suture, se réunir à celui des fibres saines du bout central et reprendre ses propriétés physiologiques. D'après cette manière de voir, il n'y avait pas lieu de condamner la suture tardive, et le rétablissement des fonctions devait être plus rapide que grâce au lent processus de croissance du bout central.

Bien qu'il ait maintes fois constaté au beau milieu des fibres dégénérées (après arrachement du bout central) la présence d'une structure qui simule à s'y méprendre le cylindraxe M. Herzen, n'a jamais réussi à obtenir de rétablissement rapide des fonctions en suturant les nerfs avec le plus grand soin, ce qu'il a fait plusieurs fois avec l'aide de son éminent collègue, M. le prof. Roux, soit immédiatement après la section des nerfs, soit à des époques plus ou moins éloignées de la section ; il n'a jamais vu que des rétablissements à longue échéance, tels que les admet la théorie généralement adoptée indiquée plus haut.

Or, il semble ressortir d'un certain nombre de travaux récents (dus à Apathy, à Bethe, à Durante, à van Gehuchten) que loin de périr irrévocablement, le bout périphérique d'un nerf sectionné, privé de toute possibilité de communication avec les centres, après dégénérescence complète y compris le cylindraxe, se régénère peu à peu *in situ*, et cela non seulement au point de vue morphologique, mais aussi au point de vue physio-

gique ; au bout d'un temps assez long (deux à six mois) *il redevient excitable* et fait énergiquement contracter les muscles auxquels il se distribue ; Schiff avait donc bien vu, seulement il aurait pris les nouveaux cylindraxes pour les vieux. Mais il paraît qu'au bout d'un laps de temps encore plus long (huit à douze mois), le nerf perd de nouveau son excitabilité, s'atrophie et disparaît définitivement, *à moins qu'il ne soit réuni au bout central.* Si ces faits sont exacts, ils justifieraient la suture tardive, pourvu qu'on ne dépasse pas le moment où le nerf néoformé commence à dépérir.

Van Gehuchten a annoncé récemment que trois mois environ après section du sciatique et arrachement radical du bout central, chez des chiens nouveau-nés, il a trouvé le bout périphérique excitable. M. Herzen a essayé de reproduire ce fait ; il n'y a pas réussi. Chez deux chiens nouveau-nés, trois mois après l'opération, le nerf n'était point excitable ; son examen histologique est encore à faire.

Dans une recherche faite en commun avec M. le Dr Robert Odier, de Genève, M. Herzen croit être arrivé à des résultats intéressants concernant le mode non encore étudié de la régénération des *terminaisons intramusculaires* des nerfs moteurs ; une note préliminaire y relative, paraîtra prochainement dans cette *Revue.*

Le Secrétaire : Dr A. Lassueur.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GENÈVE

Séance du 6 avril 1904

Présidence de M. Ed. Gœtz, président.

25 membres présents.

M. Gautier lit un travail intitulé : « Histoire de la variole à Genève aux XVIIe et XVIIIe siècles. L'inoculation, l'introduction de la vaccine ».

Ce travail est un extrait du livre que publiera M. Gautier sur l'*Histoire de la médecine à Genève.*

Le Secrétaire : Dr F. Guyot.

Séance du 4 mai 1904.

Présidence de M. le Dr Ed. Gœtz, président.

25 membres présents.

Le président lit une lettre du président de la section genevoise de la *Société militaire sanitaire suisse*, demandant aux membres de la Société médicale d'entrer dans cette section.

M. Eug. Revilliod, bibliothécaire, annonce que grâce à la bienveillance de M. le prof. D'Espine, recteur de l'Université, la collection des thèses de médecine de Geneve est à jour à la bibliothèque de la Société.

M. R. de Seigneux présente une malade à laquelle il a fait, en septembre 1903, une *hystérectomie abdominale pour carcinome du col*, trop étendu pour une opération radicale par la voie vaginale. L'opération se fit sans trop de difficultés, mais fut suivie de la formation d'une fistule urétero-vaginale. Au mois de mars 1904, vu l'absence complète de récidive de la tumeur, M. de Seigneux se décida à pratiquer l'ablation du rein droit. Actuellement la malade est entièrement guérie; elle ne présente plus d'écoulement d'urine par le vagin et elle a augmenté de deux kilos pendant la dernière semaine.

M. J.-L. Reverdin, prof., fait la communication suivante :

Je désire dire quelques mots sur la technique que j'ai employée pour une *craniectomie temporaire dans un cas d'épilepsie Jacksonnienne*, technique aisée, rapide, qui ne nécessite que des instruments simples et dispense en particulier du moteur électrique utilisé par Doyen et d'autres chirurgiens. Ce qui m'engage à vous faire aujourd'hui cette communication, c'est que dans un des derniers numéros des *Archives générales de médecine*, M. le Dr Marion vient de faire connaître une technique presque pareille, en différant cependant quelque peu, comme je le dirai.

La malade était une jeune fille de 20 ans qui avait été prise, depuis le mois de mars 1902, de céphalée, surtout à droite et qui eut sa première crise le 28 avril 1902; cette crise débuta par des fourmillements et du tremblement dans la main gauche puis dans le bras et la tête, suivis de secousses convulsives dans le côté gauche et de perte de connaissance. Elle eut quinze crises à peu près semblables du mois de mars au 28 août 1902; à l'examen ophthalmologique (*Stauungspapille*). Lorsque je vis la malade, il persistait entre les crises un certain degré de parésie du membre supérieur gauche. Divers traitements : bromure, valériane, oxalate de fer, sulfate de quinine, antipyrine, phénacétine, ordonnés par le Dr Maillart, qui avait vu le premier la malade à l'Hôpital, puis l'iodure de potassium que je prescrivis avant l'intervention, étaient restés sans résultats; la céphalée avait, il est vrai, disparu, mais les crises se succédaient. Le diagnostic le plus probable était néoplasme de l'encéphale dans la région des centres moteurs de la main.

L'opération fut pratiquée le 4 octobre 1902. Je dessinai sur le côté droit du crâne une large lambeau à base inférieure en forme d'oméga, détachai le péricrane le long de l'incision dans une petite étendue et fis avec une grosse fraise de Doyen, manœuvrée à la main, six trous dont deux se trouvaient aux extrémités de la base du lambeau et les autres sur son bord périphérique à distances égales; je sciai les ponts séparant les trous de la périphérie avec la scie de Gigli, ce qui se fit en très peu de temps et me comportai, en ce qui concerne la base du lambeau osseux, comme le fait Doyen, c'est-à-dire que j'attaquai cette base de chaque côté avec le ciseau à épaulement, ce qui permit de fracturer facilement le pont osseux ainsi affaibli. Le lambeau mettait largement à nu la région de la scissure de Rolando dans ses deux tiers supérieurs. La dure-mère

fut incisée un peu en dedans du contou
sentait pas de battements, il faisait
plus que MM. Long et Malliet, prés
le bistouri fut plongé profondément à
sure dans le point correspondant au
trouvai rien, et on en resta là. Il n'y
mais un incident s'était produit. J'avai
sur la ligne d'incision non seulement
du côté central; il en résulta que, le l
acheva de se séparer de l'os et que le g
la main; je le fis placer immédiatemen
lorsque j'eus suturé la dure-mère, non
faitement, je replaçai le fragment osse
et peau en laissant deux petits drains à

La guérison se fit sans accidents e
environ 4 à 5 cm. de largeur sur 5 à 6
il n'y eut pas trace d'élimination. Les
montre que mon bistouri avait bien po
eut une paralysie complète, mais tem
lièrement de la main. Les crises di
elles ont reparu depuis, moins fortes
gnements que j'ai eus du médecin de l
je n'ai pu revoir moi-même

Je reviens sur la technique; elle né
scie de Gigli et un instrument que j'ai f
je vous présente: c'est une lame étroit
son extrémité d'un bouton mousse pe
trument est introduit dans une des perf
et l'os et son bouton, grâce à l'élasticit
perforation voisine; un fil est passé d
par ce moyen. Je me hâte de dire que
employés par d'autres dans le même bu
nal, il me paraît cependant un peu

La technique de M. Marion diffère
dessiné, les perforations, sont faites de
construire pour passer la scie de Gig
mien; il en diffère en ce qu'il est, dit-
ble » et surtout en ce que la face qui d
forme gouttière, à peu près comme u
adopté cette forme en gouttière par crai
le travail de la scie; la lamelle en gout
replacée si elle a été retirée, entre la dur
brane fibreuse contre l'action de la s
que dans une opération sur le vivant, o
instrument protecteur, la dure-mère ne

dans mes essais sur le cadavre, pas plus que chez mon opérée, je n'ai vu la dure-mère lésée, bien que je n'aie usé d'aucun instrument protecteur. Je pense donc que la précaution est superflue et que la lame n'a d'utilité que pour faire passer la scie.

La technique de M. Marion diffère encore de celle que je viens de décrire par au point. Au lieu d'attaquer la base du lambeau osseux au ciseau, il passe la scie de l'une à l'autre des perforations faites à ses extrémités et scie l'os à ce niveau dans la moitié de son épaisseur; après quoi la fracture est facilement achevée. Je pense que cette manière de faire est supérieure à la mienne et je l'adopterai à la première occasion.

En tout cas, je crois pouvoir recommander la technique décrite à ceux qui ne possèdent pas de moteur. Je me demande même si le procédé à la main n'est pas préférable en évitant l'ébranlement, puisque sa rapidité d'exécution est, m'a-t-il semblé, parfaitement suffisante.

M. Eug. Revillion communique un extrait de son rapport sur l'activité de la « Maison des Enfants malades » (chemin Gourgas). Il cite la *statistique des diphtéries* traitées dans cet hôpital de 1872 à 1903. On y a reçu, pendant cette période, 1131 cas de diphtérie, soit de 1872 à 1894, c'est-à-dire avant l'introduction de la sérothérapie, 491 cas avec 177 décès (mortalité 36 %) et de 1895 à 1903, depuis l'introduction du sérum, 640 cas, avec 56 décès (mortalité 8.75 %).

Quant aux *croups opérés*, les résultats ont été les suivants :

De 1872 à 1894 (avant le sérum) : opérés, 246; morts, 124 ; mortalité, 52,4 %.

De 1894 à 1903 (depuis le sérum) : opérés, 124; morts, 25; mortalité, 20,16 %.

Ainsi cette statistique hospitalière permet de mettre à jour une série de 1131 diphtéries et 370 croups opérés, et de montrer à quel point les résultats ont été améliorés par la découverte du sérum antidiphtérique. On pourra voir aussi par les chiffres précédents qu'avant l'introduction de la sérothérapie, la moitié exactement des malades admis à la Maison des Enfants malades pour diphtérie étaient atteints de croup, nécessitant la trachéotomie. Au contraire, pendant ces neuf dernières années, les croups opérés ne représentent que le 19 % du total des cas de diphtérie. On peut donc conclure qu'un grand nombre de croups ont échappé aux chances de l'opération, grâce au traitement que nous avons actuellement entre les mains.

M. Ed. Goetz demande si aux « Enfants malades » on voit souvent des cas de diphtérie prolongée.

M. Picot parle à ce sujet d'un cas qu'il observe en ce moment et dans lequel il constate une longue persistance des bacilles de Lœffler dans les fosses nasales :

E., garçon de 12 ans, qui avait quitté peu de jours auparavant la Maison des Enfants malades où il avait été traité pour une pleurésie, entrait le 11 mars dernier à l'Infirmerie du Prieuré, présentant une angine avec

un léger dépôt de fausses membranes; l'examen bactériologique pratiqué immédiatement y fit reconnaître l'existence du bacille de Lœffler, mais quand ce résultat fut connu, l'amélioration était telle qu'il ne fut pas fait d'injection de sérum. L'enfant ayant eu une épistaxis, on examina le mucus nasal qui renfermait également le bacille; le 19 mars, on ne trouvait plus celui-ci dans la gorge, mais il persistait encore dans le nez; le 26, un nouvel examen ne le fit plus constater nulle part, et après désinfection, E. fut mis dans une salle commune avec d'autres enfants non malades. Le 30 avril, soit six semaines après. un de ceux-ci, H., entré dans cette salle le 5 avril, fut pris d'une angine reconnue lœfflérienne; on examina à nouveau les mucus du nez et de la gorge de E. et on retrouva le bacille dans le nez[1]; on apprit d'autre part, que H. s'amusait souvent à souffler dans un instrument de musique dont E. se servait également. Il guérit rapidement après une injection de sérum.

Ce cas montre qu'il ne faut pas négliger, dans les cas de diphtérie, l'examen du nez, où le Lœffler persiste souvent plus longtemps que dans la gorge, et qu'un seul examen ne suffit pas pour permettre d'affirmer sa disparition.

M. Gautier a pu observer des cas où l'on a constaté la présence du bacille de Lœffler pendant cinq mois dans le pharynx.

M. Eug. Revilliod : Ces faits sont connus, mais ce n'est pas là ce qu'on désigne sous le nom de diphtérie prolongée.

M. Gautier, à propos de la statistique de M. E. Revilliod, pense qu'elle demande à être considérée sous son véritable jour, car avant la sérothérapie le diagnostic des diphtéries était clinique, depuis il est devenu surtout bactériologique. Ce fait peut fausser la valeur de la statistique.

M. Bard dit qu'il est du même avis que M. Gautier. On compte actuellement comme diphtériques beaucoup d'angines pour lesquelles on n'aurait pas fait ce diagnostic autrefois et qui n'ont été reconnues comme diphtériques que grâce à l'examen bactériologique. D'ailleurs la mortalité de la diphtérie a diminué depuis 1890 et le sérum n'est venu qu'en 1894. La morbidité hospitalière est restée la même, mais la morbidité générale a diminué. Le nombre des diphtéries qui entrent à l'hôpital a augmenté, parce qu'aujourd'hui on envoie les enfants vite à l'hôpital pour leur faire faire l'injection de sérum, autrefois on ne les y envoyait que tardivement pour la trachéotomie.

M. Andreæ : On n'envoie pas plus de diphtéries à l'hôpital aujourd'hui qu'autrefois. Anciennement, on avait la crainte des complications graves et on envoyait vite les enfants à l'hôpital. Actuellement, tout médecin est à même de faire une injection de sérum; il la fait à domicile et souvent avant même d'avoir le diagnostic bactériologique.

M. de Seigneux : Dans une statistique autrichienne, on cite deux

[1] Il y persistait encore le 6 juin.

villes où la mortalité par la diphtérie est restée la même, malgré l'introduction de la sérothérapie.

M. Bard : Ce que l'on doit surtout à la sérothérapie, c'est d'avoir fait supprimer les thérapeutiques nocives (écouvillonages intempestifs, etc.). On a aussi supprimé la possibilité des infections secondaires par l'isolement des diphtériques. Autrefois, il mourait beaucoup plus de diphtériques de broncho-pneumonie. Le sérum a été appliqué au moment de la décroissance naturelle de la diphtérie (1890-94), puis est venu le diagnostic bactériologique de la diphtérie, qui a augmenté le nombre des diphtéries diagnostiquées ; enfin est venue la prophylaxie des affections secondaires. Tels sont les facteurs qui ont contribué à faire attribuer au sérum la diminution dans la mortalité de la diphtérie.

M. Eug. Revillion fait remarquer que dans la statistique il a écarté tous les cas où l'on n'avait pas trouvé le bacille de Lœffler, même ceux de croup et d'angine grave. Il admet que le nombre des cas de diphtérie avait diminué de 1886 à 1890, mais il a augmenté depuis et surtout il y a deux ans.

M. Bard : Cela tient au diagnostic bactériologique qui arrive à déceler le Lœffler dans les plus légères angines. Ce qui serait intéressant, ce serait la comparaison entre la mortalité totale de la ville et celle de l'hôpital.

M. Ed. Martin répond à M. Gautier qu'il entrait souvent à la « Maison des Enfants malades » des diphtéries à diagnostic clinique et qui étaient éliminées le lendemain par le diagnostic bactériologique. Quant à l'isolement prophylactique de la broncho-pneumonie, M. Martin fait remarquer qu'on toujours pris à « Gourgas » les mêmes précautions d'isolement avant qu'après la sérothérapie.

M. Eug. Revilliod : Le Dr Siegert, de Strasbourg, a publié une statistique de 31.000 cas de croups opérés et a trouvé que la mortalité a diminué de 25 % depuis l'introduction de la sérothérapie. M. Revilliod est d'ailleurs heureux de pouvoir dire que la « Maison des Enfants malades » de Genève occupe le troisième rang dans cette statistique pour le minimum de mortalité des croups opérés.

M. Bard se demande à quoi ces différences peuvent tenir, car l'indication opératoire du croup est tout à fait différente suivant les opérateurs.

M. Eug. Revilliod : Cela tient au sérum.

M. Bard : Ce qui reviendrait à dire qu'à Genève on a de l'excellent sérum.

M. Eug. Revilliod en est persuadé. D'ailleurs aujourd'hui nous attendons le plus tard possible pour opérer les croups. Les conditions de guérison sont donc encore plus mauvaises.

M. Ed. Martin : Autrefois, à Gourgas, on opérait 17 croups sur 17 ; aujourd'hui on en guérit 10 par le sérum sans les opérer. C'est donc un incontestable succès à l'actif du sérum.

M. Du Bois : On peut discuter les statistiques, mais non pas l'expéri-

mentation. Sur 100 cobayes auxquels on inocule la diphtérie, si on injecte du sérum à 50 d'entre eux, ils ne meurent pas; les autres meurent tous.

M. Bard : Il ne s'agit là que d'une septicémie par injection sous cutanée qui ne ressemble ni à l'angine diphtérique, ni au croup.

M. Guder demande si on constate toujours des arthropathies dûes au sérum.

M. Eug. Revilliod : Il n'y en a presque plus.

M. Mallet : Y a-t-il aussi moins d'érythèmes?

M. Eug. Revilliod : On constate une éruption sur six injections.

M. Gampert demande, à propos des accidents dûs à des sérums, si quelqu'un a observé des accidents dûs au *sérum antitétanique*. Il cite un cas où après une injection de 10 cc. de ce sérum, il observa le même soir une éruption sur les bras et les épaules, avec douleurs dans les muscles de la jambe. Quelques jours après, douleur dans l'épididyme (il n'y avait pas trace de blennorrhagie); enfin au bout de quelques jours encore, douleur dans le gros orteil. Ces accidents durèrent près de trois semaines. Il n'y avait pas d'albumine dans l'urine. M. Gampert a fait une petite enquête auprès des confrères ayant pratiqué des injections de sérum antitétanique; aucun n'a observé d'accidents semblables.

M. J.-L. Reverdin a vu survenir le lendemain d'une injection de sérum antitétanique une éruption rosée diffuse autour de la piqûre, sans fièvre. A la suite d'un accident il s'en fit pratiquer une à lui-même et n'a ressenti ni douleur, ni aucun autre inconvénient.

M. Ed. Goetz a constaté, à la suite d'une injection de ce sérum, une adénite qui dura assez longtemps.

Le Secrétaire : Dr F. Guyot.

BIBLIOGRAPHIE

Dr W. Minnich. (Zürich-Weissenburg). — Das Kropfherz und die Beziehungen der Schilddrüsenerkrankungen zu dem Kreislaufapparat. (Le cœur thyroïdien et les rapports du corps thyroïde avec l'appareil circulatoire.) Broch. in-8 de 168 p. avec 39 fig. Leipzig et Vienne 1904, Frantz Deuticke.

D'ancienne date, cliniciens et physiologistes ont eu leur attention attirée par les relations multiples et complexes qui existent entre les fonctions du corps thyroïde et celles du cœur et ont porté leurs investigations dans ce domaine. Les effets de la sténose trachéale sur le cœur, plus tard l'influence exercée par les produits de sécrétion thyroïdienne sur les

appareils nerveux circulatoires ont été l'objet de recherches expérimentales multipliées. Si d'une part la physiologie s'est ainsi enrichie de nombreux documents sur ces sujets, par contre beaucoup de lacunes ont subsisté en ce qui concerne la pathologie humaine et la clinique. En dépit des nombreux travaux écrits sur la maladie de Basedow, il règne encore de regrettables confusions; certaines formes de cardiopathies liées au goître endémique et aux autres affections du corps thyroïde ont été presque entièrement négligées ou confondues avec d'autres affections dont ne les rapprochent que des points de ressemblance accessoires. M. Minnich, de Zurich, a donc accompli une œuvre importante et dont le besoin se faisait sentir, en reprenant, à la lumière des plus récentes données de l'expérimentation et en s'appuyant sur de nombreuses observations cliniques, l'étude des troubles circulatoires liés aux affections du corps thyroïde.

Dans l'exposé historique du sujet, nous suivons les différentes conceptions par lesquelles a passé l'affection actuellement bien déterminée dénommée *Kropfherz*.

Le cœur thyroïdien a d'abord été considéré par Rose comme une conséquence purement mécanique de la compression de la trachée par le goître. Plus tard Schranz admit, à côté du cœur de Rose, un état vasoparalytique intéressant simultanément les fonctions du cœur et celles du corps thyroïde. Enfin Krause, de Berlin, qui est également considéré comme l'initiateur du cœur goitreux, mit en lumière, dans un travail paru en 1899, certains troubles cardiaques consécutifs à des troubles sécrétoires du corps thyroïde hyperplastique. De son côté, M. Minnich avait rassemblé pendant huit ans des documents destinés également à édifier sur des bases solides ce type peu commun de cardiopathie. Il put ajouter à ses observations celles recueillies à la Clinique médicale de Genève par le Prof. L. Revilliod et restées inédites jusqu'à la publication du présent mémoire. L'auteur rappelle que les relations entre le cœur et le goître, dans leur conception actuelle, avaient été signalés par L. Revilliod à la *Société médicale de Genève* en 1896, soit antérieurement à la publication de Krause, et expose le tableau des corrélations entre le cœur et le goître proposées par L. Revilliod. Minnich considère cette classification nosographique comme provisoirement utilisable. Il la laisse cependant de côté dans son travail dont le but est de créer au cœur thyroïdien une base physiologique. Il se sert dans ce but des données définitivement acquises par l'expérimentation, mais dont jusqu'ici toute la portée que leur confère leur rapprochement avec les données cliniques n'avait pas été justement saisie. Sur cette base physiologique vient s'édifier la matière première servant à constituer le type bien défini du « cœur thyroïdien » ; l'auteur extrait de sa casuistique un tableau symptomatologique que vient compléter à son tour les notions acquises de pathologie générale du corps thyroïde.

Le mémoire est divisé en quatre parties suivies d'un appendice.

I. — La première partie est consacr
produites dans la circulation par la com
tions de la pression sanguine sont étudi
rentes phases de la respiration norma
dans la dyspnée expiratoire et dans la
dyspnée. Il résulte de cette étude que de
vent survenir sous l'influence unique d
piration. L'analyse des conditions p
compte des modifications observées sur l
met de conclure que la dilatation et l'h
thiques ne doivent pas être attribuées u
troires de nature nerveuse. L'auteur che
née produite par la compression de
dilatation tantôt une hypertrophie du
subissant que des modifications secon
grande circulation.

II. — La seconde partie comporte d'a
vues théoriques exposées dans la premièr
qui y sont relatées permettent d'établir l
piratoire ou *mécanique* (*pneumische Fo*
thyroïdien de Rose). Si cette forme d
moins l'est-elle très rarement à l'état d
des considérations théoriques seules ex
L'étude clinique la montre en effet pre
second type admis par l'auteur, lo *for*
dans laquelle la cardiopathie est due à
modifications que les troubles de la sécré
l'appareil régulateur du cœur.

Huit observations nous représentent la
a ses caractères fixes qui le distinguen
troubles cardiaques y sont prédomina
l'affection thyroïdienne, les phénomènes
Cette affection se voit fréquemment à l'é
de dyspnée par compression de la trach
forme deux types cliniques : 1° l'*hyper*
analogue à l'hypertrophie idiopathique.
qui se rapproche de la maladie de Basedo

III. — L'existence de troubles de l'act
étant bien établie et ces troubles const
dont le tableau clinique dans leurs divers
déterminé, il restait à rechercher la genè
C'est ce but que poursuit M. Minnich
mémoire, consacrée à la *physiologie path*
passe en revue les diverses théories qui
tachycardie, étudie en détail les possib

vague et sympathique et de leurs dépendances par le corps thyroïde hypertrophié et conclut que toutes les hypothèses expliquant la tachycardie par une lésion ou une irritation mécanique des appareils régulateurs du cœur, ne sont pas admissibles. Par contre, la tachycardie des goîtreux est une éloquente confirmation des données physiologiques fondamentales établies par les recherches expérimentales restées classiques de Von Cyon. Ce dernier a établi la loi suivant laquelle les agents qui exercent une excitation sur les nerfs et les ganglions accélérateurs du cœur, agissent en sens inverse sur les nerfs et les ganglions d'arrêt et vice-versa; il a fourni la démonstration expérimentale que la cause de la tachycardie des goîtreux réside dans une excitation du système sympathique avec paralysie simultanée de l'appareil modérateur, qu'une semblable modification dans l'excitabilité de l'appareil régulateur existe chez les animaux goîtreux et qu'elle peut être provoquée chez les animaux normaux par la thyroidectomie ; il a enfin confirmé ces données par l'épreuve opophysiologique montrant que l'iodothymie introduite dans l'organisme des animaux thyroidectomisés, intoxiqués par l'iode et ses sels ou goîtreux, est capable de rétablir chez eux la fonction normale des régulateurs du cœur modifiée par ces divers facteurs.

A côté des recherches de Cyon, nous trouvons relatées celles d'Oswald sur les produits de sécrétion du corps thyroïde normal et pathologique, montrant que la substance contenue dans le goître est moins-active vis-à-vis de l'appareil régulateur du cœur que l'iodothyrine du corps thyroïde normal.

De ces nombreux documents fournis par l'expérimentation sur l'animal et par la chimie biologique et dont il nous présente une étude critique serrée, les mettant en parallèle avec les troubles cardiaques observés chez l'homme atteint de goître, M. Minnich extrait les données qui lui permettent d'exposer la physiologie pathologique du cœur dans l'insuffisance thyroïdienne.

IV. — Aux arguments tirés de la physiologie viennent s'ajouter certaines manifestations cliniques observées de longue date, qui mettent également en lumière les altérations d'origine thyroïdienne des fonctions des nerfs cardiaques. Telle est l'intolérance des goîtreux vis-à-vis des poisons du vague, de la digitale, de l'atropine, de l'iode et de ses sels. L'auteur rend un juste hommage à Rilliet en montrant l'exactitude de ses vues sur l'iodisme constitutionnel ; aux cas relatés par le clinicien genevois qui fut réellement l'initiateur de l'insuffisance thyroïdienne, il ajoute des observations personnelles d'intolérance à l'iode présentée par des individus non atteints d'affection apparente du corps thyroïde, mais ressortissant de contrées où le goître est endémique.

Si les désordres dans les fonctions cardiaques constatés chez les individus atteints de dégénérescence colloïde du corps thyroïde relèvent réellement d'un trouble des fonctions sécrétoires de la glande, ils doivent exister également avec les autres troubles nutritifs, progressifs et régressifs, du

hyroïde capables d'entraver sa sécrétion. C'est ce que montre en tude contenue dans le présent mémoire où l'auteur passe en revue ers types histologiques de néoplasmes et les affections inflamma- lu corps thyroïde dans leurs relations avec l'appareil circulatoire. rt de cette étude qu'il n'est point indifférent que le néoplasme soit embryonnaire très malin ou du type adénomateux relativement que c'est dans les formes diffuses à marche rapide (sarcome) et s tumeurs tendant au ramollissement caséeux, dégénérescence se ou nécrose, que les troubles cardiaques se manifestent au plus gré. La forme latente du cancer (Bard) entraîne des troubles car- peu accusés, mais précoces. Quant aux phénomènes d'hyperthy- n dont l'existence est admise par Carrel-Billard, l'auteur estime te hypothèse ne repose pas encore sur des bases solides et consi- entuellement les troubles circulatoires signalés comme relevant uffisance thyroïdienne.

té des divers types de cardiopathies d'origine thyroïdienne à mar- ogressive et à caractères objectifs bien déterminés, M. Minnich l'existence d'un autre groupe de troubles cardiaques qu'on peut r également à l'insuffisance cardiaque, l'*hypertrophie cardiaque athique*. Les symptômes sont surtout d'ordre subjectif, peu justi- des moyens thérapeutiques et pouvant persister des années sans nent. Cette affection, très fréquente chez les goitreux, se com- omme les hypertrophies idiopathiques légères, sans contre-coup nt sur la circulation; elle ne s'en distingue du reste que par e d'autre facteur étiologique que le goitre, cause efficiente à peuvent, il est vrai, s'ajouter secondairement d'autres éléments ts qui viennent modifier le tableau symptomatique et aggraver le ic. Ces hypertrophies peuvent conduire au goitre basedowifié; la rmation inverse ne peut avoir lieu.

sort de cette quatrième partie du mémoire que les causes de la ose » sont multiples; ce sont des troubles de nutrition progressifs ssifs du corps thyroïde, l'inflammation, peut-être aussi la dégéné- e amyloïde, la tuberculose, la syphilis, l'échinocoque. L'auteur galement comme probable qu'une simple inhibition vasculaire et re puisse également être la cause déterminante de troubles de la n thyroïdienne. Il existe en effet des cas de cardiopathies avec ans lesquels, sous des influences psychiques, l'évolution du goitre de l'affection cardiaque ont eu lieu parallèlement, contrairement à se passe ordinairement. Ces cas seuls forment le passage de la rdie thyroïdienne à la vraie forme fruste de la maladie de w.

A ce long travail très documenté, entièrement consacré à l'étude fluence des affections thyroïdiennes sur le cœur seul, l'auteur a un appendice dans lequel il aborde la question plus générale des s entre l'insuffisance thyroïdienne et l'appareil cardio-vasculaire

dans son ensemble. Il rappelle que l'insuffisance thyroïdienne peut être *relative* ou *absolue*. Dans le premier cas c'est un déficit passager, compensé; les cardiopathies qu'il entraîne restent latentes ou rétrocèdent. Dans le second cas il y a destruction des éléments cellulaires spécifiques au-delà de la mesure nécessaire aux besoins vitaux; les cardiopathies sont alors d'un mauvais pronostic. Un certain degré de tolérance fonctionnelle à l'insuffisance est nécessaire pour que l'équilibre soit maintenu dans les fonctions cardiaques; ce degré de tolérance varie selon les individus; il doit trouver son expression dans le poids de glande nécessaire à la fonction normale des régulateurs, mais cette détermination est encore à faire. Les goîtres qui ont dépassé le degré de tolérance fonctionnelle peuvent amener du tremblement et divers troubles nutritifs qui constituent un complexus symptomatique jusqu'ici ignoré des auteurs, que M. Minnich dénomme *Cachexia thyreopriva chronica*. Les signes cardiaques thyréogènes y occupent la place la plus importante avec les signes de sénilité précoce; il y a en outre les troubles squelettiques sur lesquels L. Revilliod a attiré l'attention dans cette *Revue* (1895); enfin les modifications régressives du système vasculaire y jouent un rôle si frappant que la question de leurs relations avec le goître s'imposait aux investigations des expérimentateurs. La solution en est donnée par les travaux d'Eiselsberg sur le crétinisme expérimental. On y voit en effet que les agneaux et cabris thyroïdectomisés et atteints de crétinisme présentaient une calcification de la tunique externe de l'aorte semblable à l'athérome ou des dépôts abondants de chaux sur les coronaires et d'autres artères. Il est donc logique d'admettre une *artériosclérose d'origine thyréopathique*. Cette cachexie thyréoprive chronique est-elle une forme sénile d'athéromatose ou un dépôt métastatique de chaux comme on en a observé à la suite de caries scrofuleuses étendues? De nouvelles recherches apporteront des réponses à ces questions. Les observations cliniques portent à admettre qu'il existe un rapport entre cette calcification d'une part et d'autre part les symptômes constatés par Minnich et par L. Revilliod, à savoir : des crises phosphaturiques accompagnant des modifications de la contenance en phosphore du corps thyroïde, la décalcification présénile, les hyperostoses et déformations squelettiques (ostéopathies thyroïdiennes de L. Revilliod) coïncidant avec une calcification souvent très accusée du corps thyroïde. L'artériosclérose, dont l'auteur responsable se trouve vraisemblablement être le corps thyroïde atteint d'atrophie sénile, d'induration fibreuse, de calcification, « prend dans ces cas le caractère d'un équivalent thyréogène qui ou bien évolue parallèlement avec les désordres de l'appareil régulateur du cœur ou bien conduit lui-même à la mort par dégénérescence sénile du myocarde. Dans l'un et l'autre cas elle se montre comme un associé important de la cardiopathie thyréogène, prêt à achever les désordres commencés par celle-ci. »

Un dernier point est encore pris en considération par l'auteur dans cette dernière partie de son mémoire. Il s'agit de l'existence d'un *goître*

aque, analogue au foie cardiaque, cirrhose du corps thyroïde par veineuse développée consécutivement à des troubles cardiaques ngés. Cette affection figure dans la classification nosographique pro- par L. Revilliod et publiée au début du présent mémoire. M. Min- reproduit une observation inédite de L Revilliod accompagnée d'une : histologique de thyroïdite interstitielle avec stase veineuse dessinée I. Rotschy; il considère comme possible l'origine cardiaque de cette .tion du corps thyroïde, mais ne tranche pas définitivement cette ion qu'il considère comme devant encore être mise à l'étude.

ls sont, très resumés, les différents chapitres de ce mémoire très ciencieux, très documenté, parfois quelque peu aride, sur le cœur idien. Nous remercions M. Minnich d'avoir repris dans son ensemble uestion importante de la pathologie, comblant des lacunes, jetant la re sur bien des points obscurs et préparant la voie aux recherches eures.

Dr Henri Revilliod.

ARTMANN. — Organes génito-urinaires de l'homme; un vol. gr. in-8 432 p. avec 412 fig. (*Traité de médecine opératoire et de thérapeutique rurgicale publié sous la direction de Paul Berger et Henri Hart- nn*). Paris 1904. Steinheil.

volume débute par une première partie consacrée à l'asepsie et l'an- ie de l'appareil urinaire, à l'exploration de l'urètre, de la prostate et vessie, au cathétérisme thérapeutique, aux injections, lavages et lations, enfin à l'urétroscopie et à la cystoscopie.

deuxième partie traite de la thérapeutique des maladies de l'urètre, prostate et de la vessie; le traitement des urétrites et des corps étrangers irètre fait le sujet des deux premiers chapitres, puis viennent les opéra- pratiquées sur l'urètre; les chapitres suivants sont intitulés : Voie éale, voie rectale, voie hypogastrique; cette division a sa raison d'être oupant les opérations qui empruntent telle ou telle de ces voies; l'auteur ne s'est pas toujours tenu à ce groupement logique, et nous ns traités dans le chapitre des opérations sur l'urètre, l'urètrotomie ne, l'urètrectomie et l'urètrostomie périnéales, tandis que le trai- nt des ruptures périnéales de l'urètre, la boutonnière urétrale sont ts dans le chapitre de la voie périnéale. La lithotritie, le traitement orps étrangers de la vessie et l'opération de Bottini viennent ensuite. dans trois chapitres consacrés au traitement des maladies de l'urètre, vessie et de la prostate, l'auteur établit, pour les maladies successi- nt envisagées, les indications des différents traitements opératoires itres.

troisième partie expose les maladies du rein, du bassinet et de tère suivant le même plan c'est-à dire : examen physique et fonction- u rein; ponction et incision exploratrice; opérations sur le rein, le net et l'uretère; puis indications du traitement chirurgical dans les

maladies des reins. Il est regrettable que le lecteur, qui tirera le plus grand profit de la description du manuel opératoire des diverses interventions décrites avec le plus grand soin et illustrées de bonnes figures, ne puisse pas trouver grand enseignement dans les quelques pages consacrées à l'examen fonctionnel du rein et, pour la plus grande part, à la description et au mode d'emploi du séparateur de Luys ; quel renseignement tirerons-nous de ces urines séparées ? L'auteur ne nous l'apprend que très incomplètement.

La quatrième partie est consacrée au testicule et à ses enveloppes, au pénis et au prépuce, et la cinquième aux vices de conformation, épispadias, hypospadias, exstrophie vésicale ; le traitement de ce dernier vice de conformation qui a tant exercé la patience et l'ingéniosité des chirurgiens, est fort complètement mis au point.

Le lecteur trouvera dans cet ouvrage une quantité de renseignements bien présentés et clairement exposés. J.-L. R.

Ch. Nélaton et L. Ombredanne. — La rhinoplastie; un vol. gr. in-8 de 438 p., avec 391 fig. (*Traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale publié sous la direction de Paul Berger et Henri Hartmann*). Paris 1904. Steinheil.

Ce volume renferme non seulement l'étude complète de la rhinoplastie proprement dite, telle qu'on la comprend ordinairement, c'est-à-dire des opérations destinées à corriger les pertes de substance totales ou partielles du nez, mais encore celle de toutes les interventions opératoires dirigées contre les difformités congénitales ou acquises de l'organe.

Une première partie qui tient dans les dix-huit premières pages, traite des nez difformes, soit par le fait de malformations congénitales soit par le fait de traumatismes récents ou anciens, soit même par celui de l'acné hypertrophique La seconde partie, comprenant le reste du volume, traite des destructions du nez. Après quelques mots d'historique, les causes de ces destructions et l'étude des principaux types de celles-ci sont indiqués, puis les auteurs entrent dans le vif du sujet, c'est-à dire dans la description des différentes méthodes proposées ou appliquées pour remédier soit aux destructions totales de l'organe soit à celles qui sont limitées à une ou plusieurs de ses parties constituantes ; cette dernière catégorie comprend les destructions du squelette ostéocartilagineux donnant lieu à la formation du nez en selle, celles du lobule, des ailes, de la sous-cloison, etc. Les innombrables procédés opératoires relevant des trois méthodes indienne, française et italienne, avec leurs modifications modernes, sont minutieusement et clairement décrits et illustrés par de démonstratives figures. Nous sommes redevables particulièrement à Ombredanne du travail considérable qu'ont nécessité les recherches bibliographiques et la rédaction de ces techniques variées, tandis que Nélaton a fourni les résultats de sa pratique étendue dans ce domaine de la chirurgie plastique.

De nombreuses observations avec re
avant et après les interventions de
lecteur ce que l'on peut obtenir c
souvent hideuses.

Cet ouvrage constituera pour les c
difformités une riche collection de d

VARI

NÉCROLOGIE. — Le Dr Léopol
qui était très probablement le doyen
comber à La Coudre, près de Neuc
année. M. le Dr E. Cornaz a bien
notice suivante :

Né à Neuchâtel, le 19 décembre 1
decine à l'Académie de Zurich, pui
9 octobre 1829, à Wurzburg, à Paris
en 1832 dans sa ville natale et épo
d'une famille médicale zuricoise.

Il ne tarda pas à se faire apprécier
de la Ville (1833), fut médecin et ch
bre de la Commission de santé de
partie de la Commission chargée de
geois (1844) duquel il devint méde
chef (1865-1872). Enfin il fit partie
publique (1848) et de la Commissio

Membre pendant un certain nomb
(dès 1832) et, jusqu'à sa mort, de la
relles (1834) et, dernier survivant d
première session de celle-ci dans
de ce fait, membre honoraire de cet
où il vivait alors, de la Société hel
un des *seniores*, un télégramme lors d
(1899). Il fit également partie de la
dont il devint successivement vice
ciété neuchâteloise des sciences méd
président.

Le 1er avril 1865, il reçut de Berl
tres de noblesse pour eux et leurs d

Il eut la joie de voir son fils Erne
comme médecins à Neuchâtel, et,
petits-fils, Léopold de Reynier et Rod

l'un à Bâle et l'autre à Berne. Il fut également très sensible au témoignage d'affection que lui offrirent ses anciens confrères de Neuchâtel au cinquantième anniversaire de son doctorat.

Retiré à la Coudre dès 1877, il y conserva une vigueur de corps et d'esprit qu'il entretenait par les exercices auxquels il se livrait et qu'illustrèrent les *Feuilles d'hygiène* de 1903. Il ne refusa jamais à traiter gratuitement les habitants de la localité.

Atteint en 1862 d'une lymphangite grave due à une piqûre anatomique, il contracta en 1887 à la Coudre une pneumonie infectieuse, et sa dernière maladie débuta brusquement le 23 août 1903, à la suite des efforts qu'il fit pour ranimer un pendu ; des hématuries survinrent qui se renouvelèrent et déterminèrent sa mort survenue le soir du 1er juin 1904, après qu'il eut fait en pleine paix ses adieux à sa famille. Cette fidélité au devoir il la montra dans toute sa vie, non seulement envers les malades, mais envers ses confrères, sa patrie et ses convictions religieuses et cela d'une manière à mériter les éloges que lui ont décernés nos journaux locaux.

Bon observateur, chirurgien habile, il écrivit peu, mais fit un grand nombre de communications intéressantes aux diverses Sociétés dont il fut membre, et plus spécialement à la Société médicale de notre ville. Il a consenti à publier un observation remarquable intitulée : « Plaie pénétrante du larynx, laryngo-trachéotomie, guérison », dans l'*Echo médical* (III, 1859, p. 241-243) ; le même recueil a reproduit, dans le compte rendu de la séance du 13 avril 1859 de la même Société (p. 512), la description d'un « Notencéphale », dont la mère, fait singulier, mit au monde deux ans plus tard un enfant atteint de Spina bifida (séance du 13 mai 1861), mais dont la description n'a pas été publiée.

Ce n'est pas sans émotion qu'un de ses anciens confrères et amis rend ce dernier témoignage d'affection au digne doyen des médecins neuchâtelois.

Dr Ed. Cornaz.

Correspondance. — Nous avons reçu de M. Charles Julliard la lettre suivante :

Genève, le 14 juin 1904.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi de vous adresser deux lettres que j'ai reçues dernièrement, l'une de la Société médicale de Genève en réponse à la demande que je lui avais adressée le 2 mars dernier à propos de ma révocation de mes fonctions de chef de clinique à l'Hôpital cantonal, l'autre de mes anciens collègues de l'Hôpital, en vous priant de bien vouloir les insérer dans un de vos prochains numéros.

Société médicale de Genève, 2 juin 1904.

A Monsieur Charles JULLIARD, Genève.

Très honoré confrère,

Dans la lettre que vous nous avez adressée le 2 mars dernier, vous nous demandiez de soumettre le cas de votre révocation de chef de clinique chirurgicale à l'appréciation de notre société et de son conseil de famille. Vous estimiez, me disiez-vous, que cette révocation, si elle était justifiée, porterait une telle atteinte à la considération dont vous estimez devoir jouir auprès de vos confrères de la Société médicale, qu'ils seraient en droit, vu les articles 2 et 17 de nos statuts, de considérer votre présence à la Société comme incompatible avec la dignité de celle-ci.

Nous avons donné suite à votre demande et notre Conseil de famille, composé de MM. les prof. L. Revilliod et J.-L. Reverdin et de M. le Dr Picot, a consciencieusement étudié votre affaire.

Le rapport a été lu à la séance de la Société médicale du 1er juin; ses conclusions ont été adoptées par 35 membres — il y a eu 5 abstentions — et je suis heureux de vous les communiquer.

Notre Conseil de famille conclut, sans la moindre hésitation :

« Qu'après s'être éclairé par la lecture de l'enquête du Conseil d'Etat « et s'être renseigné d'autre part, il n'a pas eu connaissance d'un seul « fait de nature à porter atteinte à l'honorabilité de M. Charles Julliard; « nous le regardons comme aussi digne que qui que ce soit d'entre nous « de faire partie de la Société médicale de Genève.

« Il est absolument inexact que l'enquête du Conseil d'Etat ait révélé « des faits plus graves encore que ceux invoqués précédemment contre « M. Charles Julliard par la Commission administrative de l'Hôpital can- « tonal.

« Nous ne voulons pas terminer ce rapport sans témoigner à notre « collègue toute notre sympathie, la mesure rigoureuse qui l'a frappé « nous paraissant absolument hors de proportion avec les faits qui ont « été invoqués pour la motiver. »

La Société médicale a, en outre, adopté à une forte majorité l'ordre du jour suivant, proposé par MM. Long et Maillart. J'attire votre attention sur la phrase qui dit que « l'enquête du Conseil d'Etat n'a pas démontré « l'exactitude des accusations graves sur lesquelles la Commission s'est « appuyée pour motiver votre révocation » et j'espère qu'elle vous donnera pleine satisfaction. Voici cet ordre du jour :

« La Société médicale de Genève, ayant entendu le rapport de son « Conseil de famille sur l'enquête dont il avait été chargé à la demande « de M. Charles Julliard, fait siennes les conclusions de ce rapport.

« Elle constate que la Commission administrative de l'Hôpital a elle- « même reconnu que l'attitude du Dr Charles Julliard dans l'affaire du « malade T. ne comportait pas une mesure plus sévère qu'un blâme.

« Quant aux accusations graves sur lesquelles la Commission de l'Hô- « pital s'est appuyée pour motiver sa révocation, l'enquête du Conseil « d'Etat n'en a pas démontré l'exactitude; il est en outre très regrettable « que le Dr Ch. Julliard n'ait pas été appelé à s'expliquer sur ces faits. »

Vous le voyez donc, mon cher confrère, votre situation dans notre Société n'a été amoindrie en rien, et vous continuerez à y jouir, comme par le passé, de l'estime et de la considératton que vous méritez.

Vous ferez de ma lettre l'usage que vous voudrez, très heureux serons-nous, si les sentiments exprimés par vos confrères à votre égard, peuvent

atténuer, dans une certaine mesure, l'impression pénible qu'a dû faire sur vous la mesure qui vous a frappé.

Recevez, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Signé : Dr E. Goetz.
Président de la Société médicale.

Genève, le 14 juin 1904.

A Monsieur le Dr Charles Julliard, Genève.

Cher collègue et ami,

C'est avec regret que nous avons appris que la Commission administrative de l'Hôpital cantonal avait maintenu définitivement votre révocation et nous tenons à vous exprimer toute notre sympathie comme l'ont déjà fait nos aînés de la Société médicale.

Ainsi que nous l'avons fait respectueusement observer à la Commission de l'Hôpital et au Conseil d'Etat, vous avez été la victime d'un conflit.

Ce conflit, pourquoi ne pas le dire, n'est qu'un épisode aigu de dissentiments très anciens et bien connus et dans lesquels vous et nous, les jeunes, n'avons jamais voulu prendre position.

Nous ne le faisons pas davantage aujourd'hui, mais nous constatons que cet état de choses est la cause la plus certaine de la mesure regrettable contre laquelle nous avons tenu à protester dès le début.

Nous estimons, en effet, en toute connaissance de cause, qu'on a interprété d'une façon inexacte votre attitude dans l'affaire T., et nous avons le regret de constater, une fois de plus, que pour justifier votre révocation, on y a ajouté des accusations plus générales dont ensuite la preuve n'a pu être établie par aucun fait précis.

Nous voulons vous répéter les termes dans lesquels nous avons témoigné en votre faveur au moment de votre recours au Conseil d'Etat :

« Nous espérions et nous espérons encore qu'on voudra bien avoir « égard aux qualités professionnelles et morales dont notre collègue « Ch. Julliard a fait preuve à l'Hôpital cantonal ; pendant trois années « son mandat lui a été renouvelé sans qu'aucune plainte ou réclamation « ait été formulée contre lui ; nous ne craignons pas d'être démentis en « disant qu'il a été un des meilleurs de notre corporation et que, par le « souci qu'il a toujours eu de la santé et de l'intérêt de ses malades, il a « droit à l'estime de ses supérieurs comme de ses collègues ».

Il n'est que juste, en effet, que vos confrères et vos collègues cherchent à réparer, dans la mesure du possible, le préjudice qui vous a été causé par votre révocation et par les polémiques de presse auxquelles elle a donné lieu.

Soyez certain que nous conserverons le meilleur souvenir des années que nous avons passées avec vous à l'Hôpital cantonal, cherchant à faire en commun un travail utile et nous tenant à l'écart des rivalités professionnelles et des dissentions politiques :

Pax et Labor !

Nous vous envoyons, cher collègue et ami, l'expression bien sincère de notre estime et de notre sympathie.

Signé : Dr A. Habel, Dr Guder, Dr Mallet, Dr Ed. Long, *Médecins adjoints.*
Dr Ch. Du Bois, *Chef de clinique.*
G.-E. Audeoud, M. Adert, Dr H. Reese, Th. Reh, Oswald Ehni, *Internes en médecine.*
F. Descœudres, Chef de clinique par intérim, L. Aubert, Charles Borel, Caspari, *Internes en chirurgie.*
R. Martin, *Ex-interne en dermatologie.*

Veuillez agréer, Monsieur le Réd
l'expression de mes sentiments distin

Dr Charles JULLIARD.

UNIVERSITÉ DE GENÈVE. — M. le Dr Charles GIRARD, professeur extraordinaire à la faculté de médecine de Berne, est nommé professeur ordinaire de clinique chirurgicale en remplacement de M. Gustave JULLIARD, démissionnaire et nommé professeur honoraire.

XVme CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE (Lisbonne, Avril 1906). — Nous venons de recevoir le 1er numéro du *Bulletin du XVme Congrès international de Médecine* qui se tiendra à Lisbonne les 19-20 avril 1906. Ce numéro contient le règlement du Congrès, l'organisation des sections et celle des Comités nationaux des différents pays. — A remarquer dans le règlement l'art. 2 qui permet l'admission au Congrès aux seuls médecins et aux savants présentés par les Comités nationaux ou portugais. Les travaux du Congrès sont distribués en 17 sections. — La cotisation est de 25 fr.

Le Comité exécutif du Congrès a l'intention de faire imprimer *avant* la réunion tous les *rapports officiels;* pour cela il faut qu'ils soient remis au secrétariat général avant le 30 *septembre* 1905. Les communications libres, doivent être remises avant le 31 *décembre* 1905, si les auteurs veulent que les conclusions soient imprimées avant l'ouverture du Congrès.

La langue officielle est le français. Dans les assemblées générales, ainsi que dans les sections les langues allemande, française et anglaise pourront être employées. Le Comité du Congrès a exclus le portugais à seule fin de restreindre le plus possible le nombre des idiomes parlés; il ne pourra y avoir de jalousie du moment que l'on se sacrifie soi-même

Le président du Comité d'organisation du Congrès est le Dr M. DA COSTA ALEMÃO, le secrétaire général, le Dr Miguel BOMBARDA; toutes les adhésions doivent être adressées à celui-ci (Hôpital de Rilhafolles., Lisbonne).

CONGRÈS D'ASSAINISSEMENT DE L'HABITATION. — La Société française d'hygiène a pris l'initiative d'un Congrès international d'assainissement et de salubrité de l'habitation qui se réunira à Paris du 15 au 20 octobre prochain sous la présidence de M. JANSSEN. Les congressistes bénéficieront de 50 % de réduction sur les grands chemins de fer français. Les adhésions sont reçues dès maintenant; les communications et demandes de renseignements doivent être adressées au Secrétaire général M. F. MARIE-DAVY, 7 rue Brézin, Paris (14me Arrond.).

PRIX HUMBERT Ier. — Un prix de fr. 3500 sera décerné par l'*Institut orthopédique Rizzoli* à Bologne « à la meilleure œuvre ou invention orthopédique ». Les médecins étrangers peuvent concourir. Le règlement du concours sera envoyé à ceux qui le demanderont. Adresser les demandes d'admission au *Président de l'Institut Rizzoli à Bologne*. Le concours sera clos le 31 décembre 1904.

COMMUNIQUÉ. — L'administration de la Bibliothèque nationale suisse à Berne, d'accord avec la Commission centrale pour la Bibliographie suisse, adresse à toutes les sociétés et institutions *d'utilité publique* ainsi qu'aux particuliers, un pressant appel et les prie de lui venir en aide pour l'élaboration de la bibliographie des œuvres d'utilité publique, en lui envoyant tous les imprimés, anciens ou nouveaux, qui rentrent dans cette matière si étendue (y compris les statuts, les rapports, etc.). La franchise de port est accordée aux envois ne dépassant pas 2 kilos et expédédiés à la Bibliothèque avec la désignation : « officiel ».

XXIVme ANNÉE. — N° 7. 20 JUILLET 1904.

REVUE MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les carcinomes calcifiés de la peau (épithéliomes calcifiés) Etude sur un carcinome de la peau, primitif, multiple, calcifié.

Travail de l'Institut pathologique de l'Université de Genève

Par le Dr Ermanno Chilesotti.

(Suite) [1]

Observations personnelles

Avant d'exposer les recherches faites sur les tumeurs que j'ai observées, je tiens à dire que, pour ma part, j'emploierai le nom de *carcinome* pour désigner les néoplasmes à structure alvéolaire, composés de tissu conjonctif (stroma), dans lesquels se trouvent des cavités de dimension et de forme variables, communiquant les unes avec les autres (avéoles) et remplies en partie ou complètement par des cellules ressemblant plus ou moins à des épithéliums et entre lesquelles n'existe pas de substance intercellulaire. J'appellerai donc *carcinome* et non *épithéliome* la tumeur qui forme le sujet de ce travail. Je n'ai pas à discuter ici la question compliquée de la classification et de la dénomination des tumeurs, ce qui, du reste, m'entraînerait trop loin; je me bornerai à quelques brèves citations à l'appui de cette manière de désigner la tumeur autrement que ne l'ont fait les auteurs qui ont traité ce sujet jusqu'à présent.

Ziegler (21, partie générale, Ve édit., § 115) disait déjà en 1889 : « Quelques dénominations du carcinome ont aujourd'hui perdu beaucoup de leur valeur; ainsi par exemple celles de cancer épithélial ou épithéliome n'ont d'autre signification que

[1] Voir les nos de Mai et Juin.

celle de pouvoir indiquer plus commodément le siége et les propriétés anatomiques, tandis qu'auparavant ces noms pouvaient servir à marquer une antithèse entre le cancer épithélial et le cancer conjonctival ». Dans sa dernière édition (la dixième, 1902), Ziegler trouve même superflu d'ajouter cette petite note.

Aujourd'hui les différences indiquées par Cornil et Ranvier (14) en 1882 entre l'épithéliome (p. 304) « tumeur ayant son type dans le tissu épithélial » et le carcinome (p. 199) « tissu qui, par son origine, rentre dans le tissu conjonctif » n'ont plus de valeur. La dénomination d'« épithéliome » sert actuellement à désigner les soi-disant tumeurs fibro-épithéliales, qui prennent leur origine dans une prolifération primitive du corps papillaire de la peau et qui sont appelées plus communément papillomes. Dans les néoplasies, comme le dit Dürck (40, p.332), « les deux composants, épithélial et conjonctif, participent également à la constitution de ces tumeurs et, à vrai dire, de la même manière que nous le voyons dans la structure histologique des organes normaux, c'est-à-dire que la prolifération du tissu conjonctif participe dans une proportion considérable au développement de la néoplasie ».

Ziegler (21), dans sa dernière édition, n'emploie aussi le nom d'épithéliome que dans ce sens.

Le carcinome, par contre, est « caractérisé par sa structure alvéolaire, sa constitution épithéliale et l'absence complète de toute substance intermédiaire entre les cellules du contenu alvéolaire » (Dürck 40, p. 350), caractéristiques correspondant toutes exactement à celles de la tumeur dont nous parlons.

Borst (37), dans son ouvrage publié en 1902, désigne toujours les tumeurs atypiques de la peau sous le nom de carcinome et jamais sous celui d'épithéliome. Zahn (39), Hansemann (41), Dürck (40), Petersen (42), dont les travaux considérables et très récents sur les tumeurs sont tous universellement connus, font également de même.

On m'objectera peut-être qu'en employant, dans ce sens, le seul nom de carcinome, le soi-disant « endothéliome » se trouve être mal défini au point de vue histologique et clinique. Je répondrai que la question de la différence entre l'endothélium et l'épithélium est loin d'être résolue, et que cette différence n'est pas admise par bon nombre d'anatomistes et de pathologistes; quant à l'endothéliome, il est appelé par la plupart des auteurs carcinome lymphatique ou carcinome endothélial, ou

tout simplement carcinome. Au point de vue clinique, la différence de nom n'exprime rien non plus, car on sait qu'il y a des carcinomes relativement bénins et des endothéliomes doués d'une grande malignité (voir Hinsberg, 43). Je ne veux pas me laisser entraîner plus loin par cette discussion et je conclus en disant que je supprime dans mon travail le nom d'« épithéliome » en tant qu'il pourrait désigner une prolifération épithéliale atypique, et cela à l'exemple de Zahn, Ziegler, Dürck, Hansemann, Borst, Petersen, etc.

Le cas que j'ai examiné à l'Institut pathologique de Genève est le suivant :

Femme de 65 ans, morte de pneumonie fibrineuse. Bonne nutrition, muscles et tissus adipeux abondants. Dans les organes internes, on constate les lésions suivantes : pneumonie et péricardite fibrineuses, inflammation de l'appendice, calcul remplissant la vésicule biliaire, petit fibrome de l'ovaire.

Extérieurement, sur les téguments, se trouvent trois tumeurs de volume différent qui font saillie sur les parties environnantes. La première, siège au dos à droite, dans la région lombaire, à la hauteur de la crête iliaque. La seconde, également sur le dos, à la même hauteur que la première, est plus rapprochée de 12 cm. de la ligne médiane. La troisième est sur la nuque, à gauche, à 3 cm. en arrière de l'oreille.

La première tumeur est grosse comme un petit œuf de poule, saillante, recouverte par la peau qui à son niveau est d'un noir violacé uniforme, tendue, munie de quelques poils, à peine mobile et ne peut être soulevée en plis ; sa couleur passe graduellement à celle de la peau qui entoure la tumeur et qui présente son aspect normal ; la limite de la peau attirée est marquée par un petit sillon au pied de l'excroissance néoplasique. Celle-ci est très dure, mais on ne peut dire que sa consistance soit pierreuse ; en la pressant on sent en elle une trace d'élasticité. Elle est mobile sur les parties sous-jacentes et on peut la déplacer avec la peau qui la recouvre. Lorsqu'elle fut enlevée avec celle-ci, on constate qu'elle était dans sa partie inférieure complètement entourée par le tissu adipeux sous-cutané. En y faisant avec un couteau une coupe perpendiculaire, ce qui ne présentait pas trop de difficulté, on vit que la peau était très adhérente à sa partie supérieure.

Cette néoplasie a une forme ovale, elle est longue de 4 cm. et a un diamètre transversal de 1 ½ cm. Sa consistance est ferme, sa couleur blanc-jaunâtre. Au premier coup d'œil elle semble nettement délimitée par le tissu fibreux qui l'entoure, mais en l'observant plus minutieusement, on voit qu'elle envoie dans le tissu de petits faisceaux et de petites nodosités surtout sur ses bords où le tissu adipeux est séparé de la peau

par la néoplasie et où elle se prolonge par des nodosités entre les deux couches de tissu, ce qui tend à donner à ses extrémités l'aspect de pointes. La tumeur, sur la surface de section, se montre constituée par un réseau de tissu blanc, formant une multitude de mailles qui, en s'entrecroisant, circonscrivent un grand nombre d'alvéoles de forme variable, presque toujours à peu près arrondies, communiquant entre elles ou fermées en apparence. Bien que de dimensions un peu différentes, elles se rapprochent toutes du volume d'un grain de mil ; l'ensemble donne l'impression d'une éponge. Presque toutes les alvéoles sont remplies par des masses solides, blanches ou d'un blanc-grisâtre, sèches, mais le contenu de quelques-unes est un peu mou, humide, pâteux et sort à la pression.

La seconde tumeur est plus petite, grosse comme une noisette et a les mêmes caractères de consistance, mobilité, limitation, saillie sur la peau, que la précédente. La peau qui la recouvre est plus tendue, amincie, brune ; au pôle supérieur, elle est rose, avec des taches d'un rouge-noirâtre. Au centre on observe une petite callosité ressemblant à un nævus. Enlevée comme la précédente, elle présente le même aspect extérieur et, à la coupe, les mêmes caractères, mais, à sa périphérie, elle est plus exactement délimitée par le tissu fibreux. Son diamètre logitudinal est de 16 mm. ; son diamètre transversal de 8 mm. Quelques rares alvéoles ont un contenu mou, pâteux, qui sort facilement à la pression. La tumeur sent le beurre rance.

La troisième tumeur est sur la nuque, à 3 cm. en arrière du pavillon de l'oreille ; elle est grosse comme une noix ; la peau qui la recouvre est normale, couverte de poils, se soulève facilement en plis ; elle glisse bien sur la tumeur ; celle-ci est mobile sur les parties profondes et sa consistance n'est pas tout à fait aussi ferme que celle des deux précédentes. En faisant une incision dans la peau, elle s'en détache très facilement, elle ne reste que très faiblement adhérente au tissu conjonctif et au tissu adipeux sous-cutané. Lorsqu'elle est enlevée, de petites parties de tissu adipeux y restent attachées. Elle a la forme d'une demi-sphère ; sa surface supérieure est arrondie, l'inférieure aplatie, un peu concave, comme si elle s'était adaptée à la forme de l'os sous-jacent. Elle est entourée d'une petite membrane blanc-grisâtre, mince, non transparente. Toute sa surface est bosselée, irrégulière, avec des dépressions et des proéminences peu prononcées. La diamètre de sa base est de 27 mm. ; sa hauteur de 19 mm. ; à la coupe perpendiculaire, on constate la même structure que pour les tumeurs précédentes, mais les diverses alvéoles diffèrent plus entre elles de grandeur et de contenu ; quelques-unes sont très petites et ont un contenu blanc sec, très dur ; d'autres, beaucoup plus grandes et placées à la périphérie, sont remplies d'une substance pâteuse, blanchâtre, un peu molle, qui sort à la pression ; enfin dans quelques-unes, surtout au centre de la tumeur, la substance blanche, très dure, est disposée en stratifications concentriques ; on peut observer toutes les

ıge entre les alvéoles. La tumeur a une très

ımme il résulte du compte rendu de l'autopsie, ıostiquées comme carcinomes primitifs multi- ./épithéliome calcifié de Malherbe ne nous était n recherchant dans la littérature nous en avons sance.

se bornait à signaler les trois tumeurs sans qu'il était absolument impossible de savoir ıencé à se développer et de quelle façon elles fixées dans l'alcool, de sorte que la chaux des ; dissolution, ce qui n'aurait pas été le cas si naline ou les solutions de sel de chrôme.

Examen microscopique.

en raclant une petite partie de la surface de la ırésence de masses sombres, à contours sinueux, uait de grosses cellules plates, de formes diffé- ɔurs polygonales ou arrondies, avec une marge t des cellules fusiformes qui se rapprochaient rme ovale. Beaucoup de cellules polygonales paque ou étaient remplies de petits grains de elquefois elles avaient un noyau clair, quelque- uer aucun noyau dans la masse sombre de la la lumière. D'autres cellules polygonales étaient tes et avaient un noyau bien visible ; d'autres, ne laissaient voir aucun noyau. Les cellules nt un noyau visible et ne montraient qu'excep- ; sombres dans leur protoplasme. Entre les ɔyait des granulations sombres, de différentes ımière, et du détritus de cellules.

solution d'acide sulfurique, on ne produisait ement de bulles de gaz ; les cellules sombres ıt, en découvrant quelquefois un noyau dans s elles paraissaient privées de noyau ; les gra- ant la lumière disparaissaient elles-mêmes ; la préparation se remplissait de petits cristaux en forme d'aiguilles, disposés très souvent en étoiles très compactes. Il n'y avait donc pas de doute qu'il s'agissait d'une calcification partielle de cellules épithéliales par infiltration d'une grande quantité de phosphates et d'une petite quantité de carbonates de chaux. Les cellules calcifiées présentaient la même apparence que celles décrites et dessinées par Malherbe et dont la

présence est, dit-il (16, p. 666), s
l'épithéliome calcifié.

Examen de coupes décalcifiées. des trois tumeurs pris dans différ décalcifiés dans une solution saturé les uns dans la paraffine, les autres 10 et 15 μ d'épaisseur ont été col rantes, depuis les simples colora dernes colorations électives des di les recherches histologiques et q cription détaillée des différentes p

Première tumeur : A l'examen couvre ne montre pas de fortes alté Malpighi contiennent beaucoup de normales. On voit des follicules p che de Malpighi, le tissu conjonct vre en noyaux et très riche en vein remplies de globules rouges parm cocytes. Dans cette couche conjonc des glandules sébacées, et une gra le tout entièrement normal.

Ce tissu conjonctif lâche contou capsule ; ses fibres, en partant de nuent dans le reste du tissu conj inférieure de la tumeur repose dan la suit en prenant l'apparence d'un côtés de la tumeur, dans la partie q deur de la couche conjonctive so microscopiques, une grande quanti unes bien développées et d'autres séparées d'elle seulement par une c et déformées, de sorte qu'elles fou par la tumeur dans son développer la tumeur qui regarde la couche de par places et mal définie.

En certains points, des colonnes dont les faisceaux fibreux ne sont qui entourent de près la tumeur, p les du néoplasme ; dans leur part vent des glandules sudoripares toujours le centre de la colonne néoplasme, parfois même jusqu'à s jonctif partent soit de cette colonne un reseau à mailles très larges et sont presque toujours très minces.

De cette disposition résultent des alvéoles de formes et dimensions très variées, mais se rapprochant toujours de la forme arrondie, elles communiquent entre elles de façons diverses. Quelques alvéoles en section optique semblent entourées de tous côtés par le tissu conjonctif, même si on les suit un peu au moyen de coupes en série. En plusieurs points de la tumeur, les travées conjonctives sont d'une minceur extrême, de sorte qu'on ne peut les distinguer qu'au moyen des colorations électives du tissu conjonctif (selon les méthodes de van Gieson, Hansen, Ramon y Cajal, Ribbert-Mallory, Freeborn). Presque toujours elles sont pauvres en noyaux; par places, mais rarement, surtout là où plusieurs alvéoles en se rencontrant laissent entre elles un espace conjonctif plus grand, elles sont riches en noyaux et ont l'aspect du tissu conjonctif proliféré. La coloration des fibres élastiques (avec l'élastine suivant la méthode de Weigert ou avec l'orcéine) montre que plus ces travées sont minces, plus elles contiennent de fibres élastiques, de sorte que certains faisceaux très minces ne sont qu'un cordon de fibres élastiques parmi lesquelles on ne rencontre qu'une quantité minime de cellules conjonctives.

Les alvéoles sont complètement remplies par des masses qui ne présentent pas toujours la même structure; les plus petites sont pour la plupart composées entièrement de cellules avec noyau facile à reconnaître par toutes les colorations nucléaires; à leur périphérie, les cellules ont la même forme cylindrique que celles de la couche la plus profonde du corps muqueux de Malpighi (couche germinative). Elles sont presque toujours disposées en une seule couche; leurs noyaux se colorent vivement et elles tapissent exactement la cavité bien délimitée par le tissu conjonctif. En avançant vers le centre, elles se rapprochent toujours plus de la forme polygonale, comme on l'observe dans la couche de Malpighi; leur forme devient ensuite plus ou moins arrondie, polygonale, sinueuse; leurs bords se pressent toujours plus les uns contre les autres, comme dans une mosaïque; plus on avance vers le centre, plus leur noyau est effacé, gonflé et irrégulier.

Dans les grandes alvéoles, on trouve la même disposition de cellules cylindriques à la périphérie, suivies de plusieurs couches de cellules polygonales ou arrondies disposées en mosaïque; plus on avance vers le centre plus leurs noyaux deviennent incolores, gonflés, vésiculeux, et les limites de la cellule se font indécises; au centre enfin on ne trouve plus qu'une masse homogène plus ou moins étendue, absolument dépourvue de noyaux; quelquefois ce sont les limites cellulaires qui disparaissent les dernières, quelquefois ce sont les noyaux.

Ces masses homogènes, d'étendue variable et proportionnelle à celle de l'alvéole, sont souvent sillonnées par des traînées ou par des groupes isolés de formes et de dimensions diverses, se composant de cellules polygonales plus ou moins altérées qui, sur les marges, disparaissent dans la masse qui les entoure; cette dernière se colore faiblement en rose avec les couleurs acides d'aniline (éosine, érythrosine, rouge du

Bordeaux) et avec le carmin ; la coloration de van Gie-
e teinte jaune intense, de sorte que nous sommes auto-
t à conclure qu'elle n'est ni formée de substance hyaline
colloïde, puisque, avec la méthode sus-mentionnée, ces
nent très vivement rouges ou orangées (Kahlden, 44).
vec la méthode de Gram, recommandée par Ernst (46)
ation de la substance cornée, laisse ces masses tout à
dis que dans les mêmes coupes elle rend d'un bleu
cornée de l'épiderme et les gaines des poils; très rare-
nes alvéoles, cette substance homogène est limitée d'un
couches de cellules décrites plus haut; ces couches sont
ssant le long d'une des marges de l'alvéole, de sorte que
substance homogène est en relation directe avec les
nes qui tapissent la cavité.
oints des masses cellulaires, on observe une disposition
atrique, en oignon, ce qui donne l'image de globes épi-
ent leur centre présente des cellules privées de noyaux.
nelques cellules donnent ici avec la méthode de Gram
substance cornée, en se colorant en bleu intense; de
ellules isolées, placées au milieu ou sur les bords des
s, donnent la même réaction. Sur la limite, entre les
es centrales et les cellules polygonales, on voit quel-
ules plus distinctes que les autres, soit isolées, soit
s, et qui ont une apparence différente, mais sont de
que celles qui les entourent ; quelques-unes ont un seul
x agrandi où on peut bien reconnaître la présence de
en qu'elle y soit plus étendue que normalement, de
au semble avoir grandi sans avoir augmenté la quan-
tine. D'autres ont un noyau qui semble brisé de ma-
; elles laissent voir dans leur protoplasma des granula-
grandeurs diverses, qui se colorent très vivement avec
le carmin ; dans d'autres, on peut voir de petits débris de
econnaissables, mélangés avec de petits grains de diffé-
; dans d'autres enfin, on ne trouve que les petits grains
ndeurs, faciles à colorer, disposés irrégulièrement, mais
vers le centre de la cellule. Elles présentent très claire-
bien connues des *keratohyalin granula* (Waldeyer, 47)
t pas avec la méthode de Gram et appartiennent donc
kératohyaline de la première espèce décrites par Ernst
fig. 15 et 18). Ces cellules sont rares et se présentent
clairsemées, disposées dans une seule couche très inter-

de la tumeur, je n'ai presque pas trouvé de vaisseaux
ors de quelques rares capillaires dans les parties les plus

L'acide sulfureux ayant complètement décalcifié les fragments, il n'était plus possible de distinguer avec certitude les limites, l'extension et le degré de la calcification préexistante. Les contours de l'alvéole semblent interrompus ou mal dessinés sur quelques points, et de petites poussées de cellules, soit cylindriques, soit polygonales, mais toujours petites, envahissent la trame conjonctive sur une petite étendue et s'introduisent dans les fentes du tissu conjonctif.

Les travées fibreuses placées entre les alvéoles vont souvent en s'amincissant et finissent par disparaître complètement, de sorte qu'il n'est plus possible ni de les reconnaître morphologiquement, ni de démontrer leur présence avec aucune des colorations spécifiques de la substance conjonctive ; sur ces espaces, parfois très étendus, les couches périphériques des deux alvéoles, couches des cellules épithéliales cylindriques, sont en contact intime et très adhérentes l'une à l'autre et forment une ligne nette qui s'amincit et disparait, de sorte que les couches de cellules polygonales se trouvent alors en contact, et plus loin les masses homogènes centrales des deux alvéoles finissent par se fondre l'une dans l'autre ; on peut suivre souvent de cette façon jusqu'à leur origine les traînées et les groupes isolés de cellules qui se trouvent au milieu des masses homogènes et dont nous avons parlé plus haut.

On voit quelquefois au centre, quelquefois à la périphérie de quelques rares alvéoles, des groupements de petits noyaux, tous de la même forme et de la même grandeur, réunis au nombre de 6 à 20 ; chacun est entouré par un petit espace transparent correspondant à la dimension d'un corps cellulaire et qui ne se colore jamais par aucune des méthodes de coloration : ces espaces, égaux entre eux, sont séparés les uns des autres par un petit bord non transparent. Ces groupements de cellules, autant qu'on peut en juger par un dessin non coloré et qui ne semble pas finement exécuté, ressemblent d'une façon très frappante à ceux dessinés par Malherbe (12, pl. XV, fig. 14) et appelés par lui « cellules géantes ».

Autour et au milieu de ces groupements de cellules on voit quelquefois, par l'emploi des colorations spécifiques mentionnées plus haut, des fibrilles conjonctives excessivement minces ; d'autres fois, plus rarement, apparaît au milieu d'une alvéole une masse de ces noyaux où l'on peut reconnaître clairement la disposition et la forme d'une portion de glande sébacée ; les masses sont entourées de très minces fibrilles conjonctives et sont quelquefois disposées dans le sens de la longueur, de façon que leur extrémité touche la substance conjonctive entourant l'alvéole et que leur centre se trouve au milieu de la substance homogène qui occupe le centre de cette alvéole et qui se colore en jaune intense avec les colorations de van Gieson, Hansen et Ramon y Cajal.

Seconde tumeur : Elle présente en général les mêmes caractères microscopiques que la première ; je ne mentionnerai donc que les points par lesquels elle en diffère.

Les digitations de la couche de Malpighi, au niveau du nævus central

situé sur le néoplasme, sont allong
jamais profondément dans le tissu
assez épaisse de ce dernier les sé
En général, ce tissu conjonctif est
seaux dilatés que celui de la prem
nettement délimitée que la précéde
de longs fragments de capsule, ma
table capsule conjonctive que dar
là où elle repose dans le tissu adip
couche est presque toujours interr
indépendantes des faisceaux fibreu
avec les glandules sudoripares qu'
les masses néoplasiques.

Les travées fibreuses qui compo
dans le cas précédent et leurs fib
On ne peut, même en examinant u
que très rarement la disparition pa
résulte entre les couches de cellul
les. Cette fusion ne s'effectue que
plus rare de trouver en contact les
et tout à fait exceptionnel d'observ
centrales ; les traînées et les group
les masses homogènes sont donc ég
coup de cavités entourées complèt
du moins en apparence.

La relation qui existe entre un
les alvéoles de la tumeur semble av
d'une description détaillée.

Dans le tissu conjonctif situé au
dehors de l'axe central de cette der
coupes, des follicules pileux isolés,
sébacées parfaitement normales ; el
large couche de tissu fibreux ; plu
nier, là où la couche conjonctive e
parties que nous venons de décrire
tumeur était, à l'examen macrosco
quelques rares follicules pileux et
petites que les précédentes et qui
celles-ci sont séparées aussi de la tu
faisceaux fibreux.

Sur plusieurs points de la surfac
glandules sébacées placées quelqu
intérieurement par rapport aux fai
qu'elles sont entourées par les cell
la masse homogène qui constitue l

sont plus ou moins altérées dans leur forme; quelquefois elles semblent intactes ou seulement un peu comprimées; la plupart du temps leur membrane a disparu; sur le bord leurs cellules sont éloignées les unes des autres par les cellules polygonales de la tumeur qui se trouvent entre elles, ce qui donne au contour de la glandule un aspect très déchiqueté. Quelques cellules de la glandule sébacée sont profondément altérées, en état de mortification plus ou moins avancé; quelquefois les noyaux seuls sont encore visibles, quelquefois au contraire ils manquent complètement.

Entre les cellules ou parmi leurs petits groupements, les colorations spécifiques du tissu conjonctif peuvent faire constater l'existence de fibrilles très minces, mais très évidentes, tout à fait dépourvues de noyaux. Plus bas, dans les parties plus centrales de la tumeur, on voit par places, entre les deux alvéoles, de nombreuses cellules des glandes sébacées, disposées en groupes allongés, déformés et comme fortement comprimés entre les deux masses de la tumeur. Il est plus fréquent de trouver dans le centre d'une alvéole une glande sébacée plus ou moins altérée dans sa forme, mais toujours bien reconnaissable, accompagnée de minces fibrilles conjonctives; on peut très bien suivre cette glande à travers la masse homogène centrale de l'alvéole, à travers les couches de cellules polygonales et à travers la couche cylindrique périphérique; ces deux dernières sont sur les points les plus rapprochés de la glandule, un peu déplacées, infléchies vers l'intérieur de l'alvéole. Ailleurs enfin, on voit, soit à la périphérie, soit au centre des plus grandes alvéoles, des groupes isolés de cellules sébacées au nombre de cinq, dix, vingt et plus et telles qu'elles ont été décrites dans la tumeur précédente.

En certains endroits, surtout à la périphérie de la tumeur, les glandules sudoripares présentent des images analogues, mais plus difficiles à reconnaître, soit parce qu'elles sont accompagnées d'un nombre plus restreint de fibrilles conjonctives, soit parce que leurs cellules, moins caractéristiques que celles des glandes sébacées, se confondent avec celles de formes variées appartenant à la tumeur, soit enfin parce que, à cause de leur constitution moins serrée, elles forment des groupes de cellules beaucoup moins grands que ceux des glandules sébacées; c'est surtout avec les colorations de Hansen ou de van Gieson que les images que je viens de décrire apparaissent avec le plus d'évidence et sans erreur possible.

En examinant un grand nombre de coupes de la tumeur, j'ai trouvé quelques rares alvéoles, pour la plupart de petites dimensions et auxquelles manquait la couche périphérique de cellules cylindriques; elles étaient remplacées par des cellules presque toujours allongées tendant à la forme polygonale, fortement serrées les unes contre les autres et en grande partie sans noyaux. Quelquefois vers le centre, quelquefois vers la périphérie de ces alvéoles se trouvait une cavité kystique remplie par

re, en partie homogène, en partie divisée en petites
s très petites, quelquefois plus grandes.
rations colorées avec la méthode de Ramon y Cajal (bleu
uchsine picrique), quelques-unes de ces boules laissaient
petits nucléoles qui seuls se coloraient ; quelquefois, à
ce kyste contenu dans l'alvéole, on pouvait par places
ement des débris de cellules d'une glande sébacée dont
aient très altérées.
que nous venons de décrire se rencontrent quelquefois
rande alvéole à contours irréguliers, mais alors elles
e de ses extrémités, de sorte qu'elles restent entourées
par la substance homogène qui occupe la partie cen-
. Elles correspondent aux différentes cavités à contenu
t j'ai parlé dans la description macroscopique.
de cette tumeur on constate aussi une absence presque
eaux sanguins ; j'y ai trouvé une moindre quantité de
t des granulations de kératohyaline et disposées comme
récedente.
ur : Elle se montre presque entièrement entourée d'une
e faisceaux fibreux serrés, très pauvres en cellules. A
breuses coupes, je n'ai pu observer que sur deux points,
rieure de la tumeur, une interruption de la capsule qui
dans le tissu conjonctif sous-cutané plus lâche et plus
, ce dernier pénétrait en colonnes assez fortes et se per-
ma de la tumeur.
autour, dans le peu de tissu sous-cutané enlevé avec la
reuses gaînes et racines de poils, comme on pouvait s'y
l'examen macroscopique et d'après la position de la
e; ces gaînes sont complètement normales, accompa-
sébacées également normales, çà et là se rencontraient
sudoripares tout à fait normales.
vre, partant de la capsule ou du tissu conjonctif sous-
e supérieure de la tumeur, dans les rares points où la
faut, des faisceaux conjonctifs formant le stroma réticulé
s travées sont parfois assez volumineuses surtout vers le
l est lâche, leurs fibres parallèles sont éloignées les unes
n plus grand nombre de cellules et circonscrivent des
ites que les autres; ailleurs, surtout vers la périphérie,
en s'amincissant entre deux alvéoles, deviennent com-
aux et disparaissent enfin, et les cellules de deux alvéo-
ouvent en contact direct; on voit en un point, à la
tumeur, tout près de la capsule, cinq alvéoles dont les
ent directement de cette façon ; on ne trouve entre elles
, sections rondes de faisceaux conjonctifs dirigées per-
t au plan de la coupe; partout ailleurs les couches de

éoles, cellules petites, fusiformes, à noyaux faci-
ontact direct les unes avec les autres.
les présente aussi des aspects différents ; sur plu-
iques il existe à leur périphérie une couche de
acées contre le stroma conjonctif. En se dirigeant
re plusieurs couches de cellules qui se rapprochent
ne polygonale ; elles sont disposées en mosaïque
en se gonflant et en disparaissant à mesure qu'on
où l'on ne trouve plus qu'une masse homogène
disposition que nous avons déjà décrite dans la
trouve ce genre de formations surtout dans le
et lâches, vers le centre de la tumeur.
es, généralement plus grandes, la couche périphé-
driques n'est visible que sur de courts trajets ou
nt ; on trouve au voisinage du stroma des cellules
rgonales, disposées en mosaïque et dans le centre
homogène ; cette dernière ne forme quelquefois
t en se rapprochant du centre se transforme gra-
stance plus transparente, plus difficile ou même
colorer et qui ne conserve que quelques traces
ire moins transparente ; sur ces derniers points
s de cellules sébacées souvent très altérées.
alvéoles qui ne contiennent qu'une couche mince
ormes à noyaux plus ou moins faciles à colorer et
homogène semblable en tous points à celle que je
lvéoles sont presque toujours placées à la périphé-
la capsule. Les cinq masses néoplasiques juxta-
lus haut sont justement constituées de cette façon.
l'après la méthode de Weigert ou celle de Kockel,
nts de fibrine disseminés dans cette substance
tantôt assez larges et isolés, tantôt très minces,
ayant la disposition caractéristique de la fibrine.
ène ne donne aucune des colorations spécifiques de
stance colloïde ou hyaline. Je ne puis dire si elle
de cholestérine, ceux-ci ayant pu être dissous par

nes points assez centraux de la tumeur, dans le
che qui séparait de petites alvéoles, des glandes
nales, à limites bien nettes et dont la forme seule
omme si elle s'était adaptée à l'espace conjonctif
; ailleurs le stroma était très mince et semblait
les alvéoles, la courbe qui en résultait servant de
ébacée placée à l'extérieur ; cette dernière était
les normales et toujours séparée des masses néo-
illes parfois très minces, mais toujours faciles à

ıvec toutes les colorations électives du tissu conjonctif; ailleurs fibrilles avaient en grande partie disparu et la glandule se trou- communication directe avec les cellules des alvéoles ou avec les ıomogènes centrales. On trouve quelquefois, entre les fibrilles ives du stroma, de petits groupes placés souvent les uns près des formés de trois à sept cellules de glandules sébacées plus ou moins à contours souvent peu visibles et à noyaux faciles à colorer; ent l'impression d'une grande cellule à plusieurs noyaux dissémi- ıt une parfaite ressemblance (toujours autant qu'on peut en juger es dessins) avec les cellules géantes placées dans le tissu con- essinées par Malherbe (13, pl. 4, fig. 1). Il m'aurait été très de reconnaître l'origine de ces cellules si un assez grand nombre es de passage et des coupes en séries ne m'avaient montré claire- ırs rapports avec les glandes sébacées. On pouvait constater s relations entre des glandes sébacées et les alvéoles, comme ıe j'ai décrites pour la seconde tumeur.

quelques alvéoles, dont le centre est occupé par la substance ıe, on voit à la limite qui sépare les cellules polygonales de des cellules présentant des granulations de kératohyaline typiques le noyau est plus ou moins altéré et a quelquefois complètement Elles sont disposées ici, comme dans la première tumeur, en e couche interrompue et quelquefois elles sont réunies en groupes ou quatre; dans ce dernier cas leurs limites cellulaires sont sou- ı peu visibles, de sorte qu'on pourrait les prendre au premier ıur des cellules géantes à cause des granulations de kératohyaline t colorées et quelquefois très grosses qu'elles renferment; du les correspondent exactement, même pour les altérations du ı la description et au dessin d'Ernst (46)[1].

i pu constater non plus dans cette tumeur l'existence de vais- nguins dans le stroma, à l'exception de quelques très rares ca-

en de coupes calcifiées. — J'ai déjà dit que l'acide sulfureux avait ement décalcifié les fragments des tumeurs que je viens de décrire, qu'on ne pouvait plus dire avec certitude quelles parties avaient des sels de chaux. Pour m'en rendre compte exactement, j'ai es fragments des trois tumeurs, soit dans la celloïdine, soit dans ine, sans les décalcifier. Au moyen du microtome dont il fallait

ı veux pas m'étendre davantage sur la question de la kératohyaline entre pas dans le sujet de ce travail, mais je tiens à remarquer que les, par les rapports qu'elles présentent entre leurs granulations ohyaline et les altérations de leurs noyaux, semblent confirmer nt la théorie de Mertsching (48) soutenue aussi par Posner (49), (50), d'Urso (51) et Ernst (45, 46) et d'après laquelle la kérato- doit son origine à la dissolution de la chromatine du noyau *s das Keratohyalin dem Zerfall des Kerns seinen Ursprung t* ».

ui s'ébréchait très rapidement, j'ai obtenu des
paisseur, et de plus d'un cm² de surface. La
neurs ont donné des coupes comprenant toute
de leur longueur. Je les ai colorées pendant
atoxyline de Delafield qui donne à toutes les
eur bleu intense, tandis que le reste du tissu
éthode m'a toujours bien servi pour démontrer
s calcaires même les plus petites, par exemple
in ou dans les artères. J'ai fait des recherches
outant une solution d'acide sulfurique sous la
microscopique.
autres par toutes les méthodes déjà employées
s. J'ai toujours eu soin de faire les coupes par
colorais une avec l'hématoxiline de Delafield,
l'acide sulfurique pendant l'examen au micros-
roisième dans l'alcool chlorhydrique (1 %) en
min ou à l'hématoxyline éosine ou van Gie-
r avec les deux autres, afin d'avoir des points
erminer avec certitude quelles étaient les parties
t du tissu fondamental pris par la calcification.
s montra toujours libre de chaux. Les concré-
s ont donné avec la réaction sulfurique un petit
et une grande quantité de cristaux en forme
qu'elles se composaient presque exclusivement
La plus grande partie de chacune des trois
e, mais on peut dire que chaque alvéole conte-
res plus ou moins étendues ; les grandes alvéoles
sous la capsule de la troisième tumeur faisaient
gle.
rtement colorées en brun violacé par l'héma-
t toujours placées dans la partie centrale des
presque toujours de la forme arrondie, mais
eux et irréguliers ; la stratification n'est qu'une
les coupes, la lame du microtome a souvent
e, de sorte que dans le centre on voit un trou
s calcifiés épais. Les masses calcifiées ont quel-
ée, anguleuse ou même triangulaire ; elles ne
de structure à cause de l'intensité de la colora-
distinguer des masses plus vivement colorées
claires. On voit souvent autour des parties cal-
ules polygonales de l'alvéole, soit dans la sub-
qui en occupe certaines parties, des cellules
s groupes ou en travées qui se colorent plus ou
eur degré d'imprégnation calcaire ; quelques-unes
oins colorées, ont un noyau bien visible et qui

se colore fortement; d'autres, au contra
doit donc considérer comme moins
noyau. Quelquefois de petits groupes de ces cellules plus ou moins calcifiées se trouvent isolés dans l'alvéole loin des grandes masses calcaires. On voit de même des cellules calcifiées isolées ou réunies en petites chaînes dans les alvéoles qui contiennent des cavités kystiques, au milieu des cellules plus ou moins altérées des glandes sébacées, cellules qui, par leur forme et leur constitution, se différencient complètement des précédentes.

Le tissu qui entoure la masse calcifiée est généralement d'une couleur brun violacé qui va en disparaissant peu à peu vers la périphérie de l'alvéole; avec un fort grossissement on voit que cette coloration provient d'une très grande quantité de petites granulations de formes différentes qui infiltrent les cellules ou la masse presque homogène, et qui, soit avec l'hématoxyline de Delafield, soit avec l'acide sulfurique, subissent la même réaction des parties calcifiées. Dans les rares masses à stratification concentrique, la coloration va en disparaissant peu à peu dans le cercle périphérique. Dans quelques-unes des masses désagrégées par la lame du microtome, sur les bords déchiquetés du contour calcifié central, on voit clairement des formes de cellules polygonales calcifiées disposées en mosaïque; ailleurs, au contraire, on ne voit que des grumeaux calcaires irréguliers, qui ne correspondent à aucune forme.

J'ai déjà dit que les grandes alvéoles à contenu transparent de la troisième tumeur, et surtout les cinq cavités placées sous la capsule et qui ne présentent pas entre elles de stroma conjonctif, n'offrent presque pas de traces de calcification. La seconde tumeur est celle qui possède le moins de masses calcifiées. La troisième présente dans les petites alvéoles placées dans sa partie centrale, une calcification presque complète; seule une petite marge périphérique en reste exempte. Aussi, les cellules de la tumeur qui, surtout ici, se poussent dans les fentes conjonctives, semblent calcifiées; je ne veux pourtant pas affirmer d'une manière absolue que ces cellules n'ont pas été apportées là par la lame du microtome ou pendant les autres manipulations techniques, parce qu'ici les petites alvéoles sont très nombreuses. On peut reconnaître déjà avec l'hématoxyline de Delafield, dans un grand nombre de ces alvéoles, la structure en mosaïque d'un certain nombre de cellules polygonales; celles-ci étant moins calcifiées, se distinguent des autres par leur coloration plus claire, ce qui fait aussi ressortir la forme des cellules calcifiées qui sont plus vivement colorées. Un grand nombre d'entre elles montrent un noyau très coloré; mais avec cette coloration on ne peut dire si cet aspect est dû à la chromatine ou à la calcification.

Dans les coupes décalcifiées de contrôle, on peut mieux voir ce que celles que je viens de décrire laissaient déjà reconnaître. Les masses calcifiées sont pour la plupart composées de la substance centrale des alvéoles, presque homogène, et où il est rare de réussir à distinguer quelques

traces des contours cellulaires ou des noyaux; la calcification peut s'étendre aux cellules polygonales plus ou moins altérées qui entourent ces masses, ou bien elle laisse libre une partie de la substance homogène centrale. Par contre, d'autres masses calcifiées, et surtout celles qui constituent les petites alvéoles centrales de la troisième tumeur, sont formées entièrement de cellules polygonales disposées en mosaïque avec un noyau quelquefois facile à colorer et intact dans sa forme, d'autres fois gonflé, pâle, d'autres fois enfin à peine visible ou même absent. De même les cellules polygonales calcifiées isolées peuvent avoir un noyau normal ou altéré de façons différentes. Les grandes cellules avec noyaux de kératohyaline sont quelquefois dans un état de calcification avancée, comme le prouve la coloration intense et uniforme qu'elles prennent avec l'hématoxyline de Delafield; d'autres fois leur protoplasma est disséminé et rempli de très petites granulations calcaires qui se distinguent par leur forme et leur couleur des granulations de kératohyaline constatées dans les coupes décalcifiées; il est très rare qu'elles ne présentent pas de calcification.

L'examen microscopique, aussi bien que macroscopique, démontre qu'il s'agit ici de trois tumeurs analogues, siégeant dans le tissu conjonctif sous-cutané, et sans aucune relation appréciable avec la couche de Malpighi. Ces tumeurs sont constituées par un stroma conjonctif formant des alvéoles contenant des masses de cellules sans substance intercellulaire, semblables aux cellules épithéliales, plates et cylindriques, du corps muqueux de Malpighi, et qui envahissent par places les fentes conjonctives; elles présentent en outre une calcification partielle de leurs alvéoles. Le diagnostic ne peut être que *carcinome de la peau siégeant dans le tissu conjonctif de la peau, et calcifié.* La présence dans une tumeur à structure alvéolaire de cellules polygonales calcifiées, parfaitement semblables à celles que Malherbe a décrites et déclarées spécifiques de son épithéliome calcifié, rend évident pour nous que nous avons eu affaire à l'*épithéliome calcifié de Malherbe.*

Il nous reste maintenant à comparer les interprétations des différents auteurs et à exposer les nôtres.

(A suivre).

La dilatation instrumentale du col et de l'orifice utérin pendant la grossesse et le travail

Par le Dr R. de Seigneux
privat-docent de gynécologie à l'Université de Genève.

Communication faite à la *Société médicale de Genève* le 3 février 1904 [1].

Dans l'intérêt de la mère ou dans celui de l'enfant, il peut être quelquefois avantageux de terminer sans retard un accouchement lorsque la dilatation n'est pas encore complète ou même d'interrompre d'une façon rapide et sûre la grossesse, lorsque la mère vient à courir quelque danger qui ne peut être conjuré que par ce moyen extrême. Pour atteindre ce résultat, les accoucheurs ont de tout temps recherché des procédés et des méthodes appropriés.

En résumé, les moyens employés jusqu'à ce jour peuvent être groupés en deux grandes catégories :

1. Ceux qui n'ont pour but que de provoquer le travail, tels que les bougies de Krause, les douches de Kiwisch, les ballons de Barnes, de Fehling, de Gariel, de Champetier de Ribes, l'excitateur-dilatateur de Tarnier, le colpeurynter de Braune, etc. Ce sont là les *procédés lents*.

2. Ceux qui ont pour but de rendre dans un temps plus ou moins court la cavité utérine accessible aux manœuvres nécessaires à l'extraction du fœtus. Ce sont là les *procédés rapides*, parmi lesquels il faut ranger la dilatation instrumentale ou manuelle, les incisions profondes du col et la césarienne vaginale.

C'est sur l'un de ces derniers que je désirerais tout particulièrement attirer votre attention aujourd'hui, parce que depuis quelque temps il a fait beaucoup parler de lui et qu'il est certainement destiné à entrer sous peu dans la pratique journalière des accouchements. Je veux parler de la dilatation mécanique du col par le procédé de Bossi.

[1] Cette communication a paru en italien dans *l'Archivio di Obstetricia e Gynecologia*, 1904, n° 5, et paraîtra en anglais dans *The Journal of Obstetrics of the British Empire*.

En 1890, le prof. Bossi, de Gênes, exposait au Congrès international de médecine à Berlin une méthode originale permettant de pratiquer dans un temps voulu l'accouchement forcé. En cas de nécessité, il devenait possible d'obtenir en dix minutes la dilatation complète; le chirurgien était absolument maître de la situation et il lui était toujours possible d'extraire le fœtus dans le laps de temps jugé nécessaire pour un cas donné Ce résultat était atteint au moyen d'un instrument spécial, expérimenté avec succès dans un certain nombre de cas et qui ne tarda pas dans la suite à être modifié et perfectionné de façon à le rendre plus inoffensif.

Le dernier modèle de ce dilatateur se compose de quatre branches convergentes qui, par le moyen d'une vis, peuvent s'écarter progressivemont et lentement les unes des autres. Un indicateur placé sur le manche indique à chaque instant le degré d'écartement des tiges dilatatrices qui peut aller jusqu'à 10 cm. L'extrémité de l'appareil étant introduit dans le col, on donne toutes les deux à trois minutes un demi-tour ou un tour de vis jusqu'à ce qu'on ait atteint la dilatation voulue. Afin de réduire le danger des déchirures au minimum, dès que le canal cervical a subi une dilatation suffisante, on retire l'instrument et on le réintroduit à nouveau après avoir recouvert chacune des extrémités d'une sorte de petit tube protecteur destiné à en élargir la surface.

« La dilatation complète, dit le prof. Bossi, dans une communication subséquente à la Société obstétricale de France, en avril 1896, peut être ainsi obtenue en un quart d'heure, en une demi-heure ou en une ou plusieurs heures. Mais, s'il y a urgence absolue, une dilatation suffisante peut être obtenue en un quart d'heure au plus. D'autre part, il n'est pas nécessaire de pousser de parti pris la dilatation jusqu'à 8 ou 9 cm.; on doit se régler en cela sur le développement du fœtus et sur le procédé que l'on emploiera pour en pratiquer l'extraction. »

Le dilatateur de Bossi agit de plus, d'après son inventeur, non pas seulement d'une façon purement mécanique, mais son action serait aussi dynamique, car agissant comme corps étranger et comme excitant, il déterminerait des contractions dont la fréquence et l'intensité iraient en augmentant peu à peu et qui rendraient ainsi la période de dilatation moins artificielle. Il pourrait donc être aussi employé avec succès dans la provocation de l'accouchement prématuré.

Malgré les nombreux travau
s'élèvent au chiffre respectabl
bliés dans différents journaux
nus, les publications de statist
méthode n'eut pas la diffusion
qu'à l'année dernière ne fut
dans ce pays même la voie ind
avec grand enthousiasme.

Ce ne fut qu'en avril 1901
Gênes au cours d'un voyage e
le fameux instrument qu'il av
même, l'expérimenta à Dresd
beaucoup lue et hautement
ment le dilatateur en questio
occuper une place importante
ticien.

Celui-ci, en effet, lorsqu'il s'
et avec le moins de dangers p
dans les cas d'éclampsie, d
gravido-cardiaques, n'avait j
ballons de forme et de volu
place jusqu'à ce qu'ils fussent
l'on tirait lentement à travers
une dilatation plus rapide.

Ces ballons ont plusieurs in
d'abord absolument impossibl
est encore complètement ferm
basse. Ensuite dans le cas con
ne sont pas encore engagés ou
vent très facilement refouler l
ser ainsi la procidence ou le p
parties.

D'un autre côté, les incision
et la césarienne vaginale ne
puissent être pratiquées par t
dernière, par des praticiens op

Dans un premier article par
n° 66, Leopold [1] publia une pr

[1] Leopold. Über die schnelle Erw
Dilatatorium von Bossi, *Arch. f. G*

avec succès par la méthode de Bossi. Il s'agissait sept fois d'éclampsie, une fois de phtisie pulmonaire au troisième degré, une fois de crampes douloureuses de l'utérus, une fois d'infection intra partum et deux fois de bassins rétrécis. Dans tous ces cas l'indication était précise, la nécessité d'une intervention immédiate absolue et toujours la dilatation put être faite en trente minutes au plus, même pour un col non effacé, ne livrant passage qu'à l'index. Trois fois seulement il se produisit une petite déchirure sans importance qui fut cependant recousue de suite et que Leopold attribua au manque d'habitude dans l'emploi de l'instrument.

Ce premier mémoire de Leopold, suivi bientôt de la publication dans le *Centralblatt für Gynækologie* de 1902[1] de cinq nouveaux cas (quatre d'éclampsie, et un de placenta prævia), fit, grâce à la haute autorité du prof. Leopold, beaucoup de bruit en Allemagne et engagea un grand nombre de praticiens à essayer le nouveau procédé.

Très rapidement parurent deux travaux importants et encourageants de Keller (Prague)[2] et de Lederer (Berlin)[3].

Le premier de ces auteurs publiait une série de 15 cas se répartissant comme suit : éclampsies 9, pyélite 1, affections cardiaques 2, inertie primaire de l'utérus 1, pneumonie double 1, bassin rétréci 1. Dans 6 de ces cas seulement, le col était plus ou moins effacé ; dans tous les autres, il n'avait encore subi aucun raccourcissement. Quant aux lésions il n'y en eût jamais de plus étendues que celles que l'on constate journellement après des accouchements spontanés. Deux éclamptiques seulement ne purent être sauvées et l'autopsie ne révéla que les altérations habituelles dans ces cas-là.

Le second auteur met en ligne 10 cas avec les indications suivantes : placenta prævia 1, inertie utérine primaire 1, inertie utérine secondaire et rigidité de l'orifice externe 1, phtisie pulmonaire 1, éclampsies 5, accouchement prématuré provoqué 1. Une éclamptique seulement mourut de pyémie par suite de l'infection d'une vaste déchirure vaginale produite par

[1] Leopold. Zur schnellen vollständigen Erweiterung des Muttermundes mittelst des Dilatatorium von Bossi, namentlich bei Eclampsie, *Centralblatt f. Gyn.* 1902. N° 19.

[2] Keller. Erfahrungen über die schnelle Dilatation der Cervix nach Bossi, *Arch. f. Gyn*, Bd. 67, p. 723.

[3] Lederer. Uber die forcirte Erweiterung des Muttermundes mittelst des Dilatatorium von Bossi, *Arch. f. Gyn.*, Bd. 67, p. 711.

l'expulsion spontanée d'un colpeurynter pendant un accès d'éclampsie. Plusieurs des cas de Lederer (obs. I, III, IV, V et VII) montrent à l'évidence qu'avec le dilatateur de Bossi il est possible de dilater un col de 1 à 2 cm. de longueur et entièrement fermé d'une façon suffisante pour que l'on puisse exécuter séance tenante soit une version, soit une application de forceps, soit une perforation.

La grande importance du nouveau procédé n'échappa à personne, mais, comme l'on se rendait bien compte que si la méthode pouvait donner de bons résultats et méritait d'être étudiée sérieusement, l'instrument lui-même n'était pas encore l'idéal, il surgit très rapidement une foule de modifications plus ou moins heureuses.

Les efforts des inventeurs se portèrent sur trois points principaux :

1. Il fallait tout d'abord donner à l'instrument une véritable courbure pelvienne.

2. Il fallait le simplifier, le rendre plus léger et plus facile à désinfecter.

3. Il fallait augmenter la surface ou les points d'application des branches, afin de parer au danger éventuel des déchirures toujours tant à redouter.

Parmi tous les modèles proposés, je ne veux citer que ceux de Raineri, de Nowakowski, de Kaiser et de Frommer, mais il y en a encore beaucoup d'autres. Tous sont aptes à nous donner une idée merveilleuse du génie inventif de l'homme, mais aucun n'arriva à résoudre vraiment la question et tous restèrent, sous tous les rapports, inférieurs à l'original même, ce qui n'a certes rien d'étonnant si l'on songe que ce n'est qu'après quinze années d'efforts, de travaux assidus que Bossi arriva à son modèle actuel.

Les points les plus importants du problème sont le premier et le dernier : 1° Le dilatateur de Bossi ne possède pas en effet de courbure pelvienne proprement dite. 2° La surface d'application de ses branches est certainement trop petite, ce qui rend possibles des déchirures du col plus ou moins étendues. Nous allons examiner chacun de ces points l'un après l'autre.

1° Que doit-on entendre au juste par courbure pelvienne dans un instrument tel que celui qui nous occupe en ce moment ? La direction du col d'un utérus gravide à terme étant perpendiculaire ou à peu près au plan du détroit supérieur, il ne suffit

pas de donner à l'ensemble de l'instrument une courbure plus ou moins prononcée à concavité antérieure pour croire lui avoir donné une courbure pelvienne au sens obstétrical du mot. Celle-ci ne sera réellement réalisée que lorsque le plan dans lequel se meuvent les extrémités des branches de l'instrument se trouvera être absolument parallèle au plan du détroit supérieur et par conséquent au plan de dilatation de l'orifice utérin. C'est seulement alors qu'il sera possible d'obtenir l'ouverture voulue sans aucune dislocation et à l'endroit même où se produit la dilatation physiologique.

Or ni l'instrument de Bossi, ni aucune de ses nombreuses modifications ne réalisent cette condition. Un simple coup d'œil suffit à faire voir que même en abaissant fortement la poignée, ce qui dans certains cas, notamment chez les primipares, peut rencontrer de grandes difficultés, il est absolument impossible d'amener le cercle d'ouverture dans un plan même approximativement parallèle à celui du détroit supérieur. Quelle que soit la bonne volonté de l'opérateur, ces deux plans formeront toujours un angle plus ou moins grand à ouverture postérieure, et il n'est pas difficile de se rendre compte que ce défaut est inhérent au mécanisme adopté dans la construction de l'instrument et que tous les modèles dérivés de celui de Bossi ont conservé, sans pouvoir jusqu'ici en sortir de quelque manière que ce soit.

C'est à cette absence de courbure pelvienne qu'il faut certainement attribuer la plus grande partie des déchirures qui peuvent se produire dans l'emploi de l'instrument. Les branches occupant une position tout à fait irrationnelle par rapport au plan d'ouverture de l'orifice utérin, il en résulte qu'aucune dilatation n'est possible sans qu'elle produise des dislocations, des tensions intempestives, très préjudiciables à l'intégrité de l'orifice.

2° Avec sa construction actuelle, il n'est guère possible de se servir au fur et à mesure des progrès de la dilatation de tubes protecteurs de plus en plus larges, car l'introduction de l'instrument deviendrait alors, vu son volume, absolument impossible. On a essayé de remédier à cet inconvénient de deux façons différentes : *a*) en doublant simplement le nombre des branches comme dans les dilatateurs de Kaiser, de Frommer et d'autres du même genre ou bien : *b*) en adaptant à l'extrémité de l'appareil comme dans celui de Nowakowski, un anneau qui

s'élargit progressivement et d'
sorte que pendant tout le temps
se trouve toujours partout en co
ment.

Mais Kaiser et Frommer ont
menter le nombre des points d'
synonyme d'augmenter les surfac
récent de Bardeleben [1] est ven
bien cette modification était dang

Quant au dilatateur de Nowak
très ingénieuse, mais il est permi
si, dans les cas où sous l'influenc
à s'engager dans l'intérieur de
de retirer l'instrument sans prod

Le problème à résoudre est
même si la dilatation complete a
de l'orifice avec les instruments a
de l'avoir obtenue avec des bran
large par exemple. En effet, lors
la dilatation réellement obtenue
cercle de 10 cm. de diamètre. A
nant sur lui même elle ne peut
tangeant aux points de l'orifice
entre deux branches dilatatrices
qu'il sera d'autant plus grand
auront plus d'étendue. Ceci est
une dilatation forcément incom
duire des déchirures lors de l'int

Après le premier mouvement d
ment une période de réaction. D
rents côtés, rapportant des lésio
duites par le dilatateur de Bossi
successivement dans le but de re
les médecins praticiens très cir
nouvelle méthode.

Bien que je fusse depuis longte
vaux de Bossi, ce ne fut que l'a

[1] Bardeleben Wesen und Erfolg
tellen Muttermundserweiterung in der
Bd. 70, p. 1.

vénéré maître, le prof. Leopold, qui m'engagea vivement à étudier cette question d'un peu plus près. Je me demandai tout d'abord si les insuccès obtenus par d'autres ne tenaient pas précisément aux deux défauts signalés plus haut et si en y parant d'une façon rationnelle la méthode inaugurée par Bossi dans des cas spéciaux et déterminés ne pourrait pas avoir une portée bien plus considérable encore qu'il n'était possible de le prévoir actuellement.

En parcourant les mémoires de Bossi et de ses élèves, ceux plus récents de Leopold, de Keller, de Lederer, de Knapp et d'autres encore, il est impossible de ne pas se dire que si nous sommes bien réellement en possession dès maintenant d'une méthode qui nous permette de raccourcir à volonté la période de dilatation, c'est là certes un des progrès les plus grands qu'on aie vu se réaliser jusqu'à ce jour après l'invention du forceps et l'emploi du chloroforme. Il est également impossible de ne pas se demander si la méthode doit être strictement réservée aux éclamptiques, aux femmes présentant des accidents gravido-cardiaques, atteintes de phtisie, de pyélite, etc., et s'il ne serait pas possible d'en étendre encore davantage les indications à condition toutefois de rendre son emploi moins aléatoire, plus à la portée du médecin praticien.

Dans l'impossibilité d'atteindre ce résultat en modifiant purement et simplement l'instrument de Bossi, je ne tardai pas à comprendre que le problème ne pourrait être résolu qu'en construisant un instrument tout nouveau dont le mécanisme serait entièrement différent. Je m'adressai pour cela à M. C.-Fr. Hausmann, directeur de la fabrique bien connue d'instruments de chirurgie à St-Gall et je fus assez heureux pour l'intéresser à cette question et le convaincre de l'importance qu'il y avait à trouver un nouvel instrument répondant aussi bien que possible à toutes les exigences théoriques que l'on pouvait formuler.

Ces exigences les voici telles que je les posai à M. Hausmann :

1° La dilatation produite par l'instrument devait autant que possible s'effectuer parallèlement au plan du détroit supérieur, afin qu'il ne puisse y avoir aucune dislocation notable du col ou de l'orifice utérin.

2° L'instrument devait répondre à toutes les exigences de la chirurgie moderne. Son entretien et sa stérilisation devaient être aussi simples que possible.

Fig. 1.
Dilatateur fermé.

Fig. 2.
Dilateur ouvert.

Le manche se démonte très facilemei
nettoyage parfait et les branches elles-
dans un plan parallèle à l'axe longit
dont la construction est telle qu'elle
même manche des branches à surface
suivant les besoins.

La branche postérieure et les deux
munies chacune d'un petit éperon desti
sement à l'intérieur de l'utérus.

Les extrémités des branches dilata
également d'un même point central et
la dilatation un cercle dont le plan est
dinal de l'instrument.

Les avantages les plus importants de
sont les suivants :

1° Il est possible d'adapter au mêr
mesure des progrès de la dilatation d
branches à surfaces de plus en plus lar
au strict minimum le danger des déchir

2° La dilatation se produisant dans u
longitudinal de l'instrument, il en rés
présente en réalité une courbure pelvie
du mot, la partie dilatatrice pouvan
moindre difficulté dans le plan du détr
utérin ne subissant de ce fait aucune di

3° L'instrument est construit de tell
d'introduire chaque branche séparéme
d'un forceps et de ne les fixer au manc
bien en place. Ce dispositif permet 1°
beaucoup plus larges qu'on ne peut le
de Bossi ou d'autres analogues. (J'ai fa
ment des séries de 0,6 cm., 1,2 cm.
largeur.) ; 2° de retirer les branches
fois la dilatation achevée, ce qui pre
pouvoir sortir facilement l'instrumen
cente de la tête pendant les manœuvre

L'instrument construit, il fallait
M. le Dr Aeppli, directeur de la Mat
avec une amabilité et un empressem
saurais assez lui témoigner de reconn
ma disposition et. dans un premier sé

courte durée malheureusement, il me fut possible de faire mes premiers essais sur quatre femmes gravides et trois parturientes. Dans aucun de ces sept cas, je ne terminai opératoirement l'accouchement. La méthode était nouvelle, j'hésitais un peu et en définitive il ne s'agissait alors pour moi que de me rendre compte si j'étais bien sur la bonne voie et si mon instrument était bien réellement apte à dilater suffisamment le col sans produire de lésions pour qu'en cas de nécessité on put terminer de suite l'accouchement par une intervention quelconque (forceps, version ou perforation).

Les observations de ces sept premiers cas ont déjà paru dans les *Archiv für Gynækologie*[1] et je n'en veux donner ici qu'un résumé très court.

Obs. I. — III p. 33 ans. Grossesse à terme. Col 1 cm. de longueur. Point de douleurs. Tête mobile. Dilatation sans narcose et sans douleurs jusqu'à 8 cm. en une demi-heure. Aucune hémorragie. Accouchement spontané sept heures plus tard. Suites afébriles.

Obs. II. — Multipare. Grossesse à terme. Col 1/2 cm. Pas de douleurs. Dilatation en trente minutes sans narcose, sans douleurs et sans la moindre hémorragie. Accouchement spontané trois jours plus tard. Suites afébriles.

Obs. III. — I p. Parturiente. Col effacé. Orifice un peu plus grand qu'une pièce de 2 fr. Dilatation sans narcose en vingt minutes à 8 3/4 cm. Une petite perte de sang s'étant produite, on interrompt la dilatation. L'accouchement se termine spontanément six heures plus tard. L'examen au spéculum pratiqué après la sortie du placenta fait constater une petite déchirure qui ne saigne pas et que l'on ne juge pas nécessaire de recoudre. Suites afébriles.

Obs. IV. — I p. Parturiente. Col 1 cm. de longueur. L'orifice livre passage à un doigt. En trente minutes dilatation sans narcose jusqu'à 6 1/2 cm. On constate alors une procidence du cordon et d'une main. Version combinée de Braxton-Hicks après quelques essais infructueux de réduction. Extraction quatre heures plus tard. Enfant asphyctique, ne peut être ranimé.

Obs. V. — II p. Grossesse à terme. 2 1/2 ‰ d'albumine. Col 3 cm. de longueur. Dilatation sans douleurs et sans narcose en une heure à 9 cm. Les douleurs commencent dès le début de la dilatation. Accouchement spontané 5 1/2 heures plus tard.

[1] De Seigneux. Beitrag zur mechanischen Erweiterung des Cervical canales und des Muttermundes wæhrend der Schwangerschaft und der Geburt, *Arch. f. Gyn.* Bd. 70, p. 614.

— I p. Grossesse à terme. Col 3 cm. de longueur. En 1 ¼ h. 10 cm. Accouchement spontané le jour suivant.

. — III p. Parturiente. Col effacé, Orifice comme 1 fr. En minutes dilatation à 10 cm. Accouchement spontané deux tard.

te déchirure observée dans le cas de l'obs. III pro-ait qu'à ce moment-là je ne possédais pas encore des aussi larges que celles dont je me sers maintenant.
ıu cas de l'obs. IV, je ferai observer que ce n'est pas ai opéré, mais l'assistant du service. Il est évident qu'il as fallu s'arrêter à une dilatation de 6 ½ cm. et faire de Braxton-Hicks, mais qu'il aurait été précisément .evant l'impossibilité de réduire le cordon, de pour-dilatation jusqu'à ce que l'on pût facilement intro-.e la main et faire la version interne, suivie de l'ex-nmédiate du fœtus, s'il y avait lieu. On aurait eu ainsi nent la chance d'avoir un enfant vivant.
miers essais très encourageants me firent apporter elques modifications de détail à mon instrument et rent à les continuer dans un second séjour à St-Gall peu après et où j'eus encore l'occasion d'expérimenter ument dans les trois cas inédits suivants où la dilata-ıivie d'une application facile de forceps.

1 (inédite). — III p. 32 ans. Le 24 juillet, à 6 h. du soir, ıent des douleurs. Présentation du sommet en OIDA. Tête mobile au détroit supérieur. A 10 ½ h. p. m. col effacé. me 2 fr.
.u chloroforme. Introduction de mon dilatateur dont l'écar-mené de suite à 5 cm. Les bords de l'orifice se tendent à ce

quarts de minute je tourne la vis d'un quart de circonférence, entement et avec la plus grande prudence. A partir de 7 cm. :ore plus lentement ne tournant plus qu'un quart de tour emi minutes et, à partir de 9 cm., je réduis encore cette r ne plus donner un quart de tour que toutes les 45 secondes. ju'en trente minutes environ j'obtins sans la moindre hémor-ilatation de 11 cm.
finir l'accouchement de suite, je fais une application de for-trais lentement un enfant vivant de 2500 gr. et de 47 cm. de résente les mesures suivantes : circonf. FO, 34 cm. Diam. , BP 30 cm., SOBr 8 ½ cm., BP 9 cm., BF 8 cm., MO 13 cm.

Lors des deux accouchements précédents, il y avait toujours eu d'assez violentes hémorragies *post partum* par suite d'adhérence du placenta. Au bout d'une demi-heure j'essaie d'exprimer le placenta par le procédé de Crédé. Il survient alors une assez forte perte de sang qui ne peut être arrêtée que par la délivrance manuelle. Le placenta était très adhérent et l'hémorragie cessa dès son extraction.

Suites normales sauf une légère élévation de température le deuxième et le troisième jour qui nécessita une injection intrautérine de lysol; puis tout rentre dans l'ordre et la mère et l'enfant quittent le service en bon état le deuxième jour.

Obs. IX (inédite). — III p., 27 ans, entre dans le service le 2 août 1903 à 10 ½ p. m., avec des douleurs. Col effacé. Orifice comme 2 fr. Poche des eaux non rompue. Suture sagittale dans le diamètre transverse. Petite fontanelle à gauche. Grande fontanelle à droite. Les douleurs étant très faibles et rares, j'introduis mon dilatateur sans narcose et je procède à la dilatation exactement de la même manière que dans le cas précédent. Ces manœuvres ne sont aucunement douloureuses et ne provoquent aucune hémorragie. Lorsque la dilatation a atteint 11 cm, je laisse encore l'instrument en place pendant trois bonnes minutes, puis je le retire. Je constate alors que l'orifice est retombé sur lui-même, mais qu'avec le doigt il est très facile de repousser ses bords jusqu'aux parois du bassin.

La suture sagittale se trouvant toujours dans le diamètre transverse, les deux fontanelles à la même hauteur, je me décide à rompre la poche des eaux et j'engage la femme à pousser vivement. La tête descend alors légèrement et la suture sagittale se place dans le diamètre oblique gauche. Application facile de forceps et extraction en narcose au chloroforme d'un enfant vivant de 52 cm. et de 3130 gr. Au bout d'une demi-heure Crédé. Une légère hémorragie atonique est facilement arrêtée par le massage de l'utérus et une injection d'ergotine. Suture d'une petite déchirure du périnée avec deux fils de soie. Suites afébriles.

L'enfant et la mère quittent la clinique le douzième jour.

Obs. X (inédite). — II p. 38 ans, entre dans le service le 28 juillet 1903. A 8 h. du soir, rupture spontanée de la poche des eaux et pendant toute la nuit quelques petites douleurs.

Le 29, à 11 h. a. m., on constate une seconde position. La tête est mobile au-dessus du détroit supérieur. Le col n'est pas encore effacé, il mesure environ 1 cm. de long. L'orifice utérin est très en arrière, ses bords sont très épais et très succulents. Le canal cervical livre facilement passage à deux doigts. Les douleurs sont très faibles et surviennent toutes les dix minutes à peu près. Le col n'étant pas encore effacé, la tête se trouvant encore au-dessus du détroit supérieur et une application de forceps après la dilatation semblant devoir être difficile, je renonce pour le moment à toute idée d'intervention.

2 h. p. m. Même état, douleurs faibles.

4 h. p. m. Douleurs plus fortes toutes les cinq minutes. Col effacé. Orifice comme cinq francs. Tête engagée. Introduction de mon dilatateur dont les branches peuvent être de suite ouvertes jusqu'à 7 cm. A ce moment-là la tension des bords de l'orifice est très grande, de sorte que je procède avec la plus grande prudence et que je ne tourne la vis toutes les minutes que d'un quart de circonférence. De temps en temps j'attends deux minutes entières avant de pousser la dilatation plus loin. J'arrive ainsi en 35 minutes à 11 cm. sans la moindre hémorragie. A ce moment-là je fais donner du chloroforme. Application du forceps Tarnier et extraction facile d'un enfant vivant. Expression du placenta trois quarts d'heure après la naissance. Pas d'hémorragie.

La mère et l'enfant quittent le service en bonne santé le douzième jour.

Qu'il me soit encore permis de rappeler rapidement ici quelques rccommandations très importantes que j'ai faites dans mon premier article déjà cité.

1° Il ne faut pas, à moins d'une indication nettement définie. employer mon instrument chez une femme qui ne serait pas en travail et je regarde seulement comme indication réelle tous les états qui font courir à la mère un danger quelconque et exigent impérieusement l'interruption de la grossesse et l'évacuation rapide de l'utérus. Dans tous ces cas-là, la dilatation doit être suivie de l'extraction immédiate du fœtus.

Quant à l'emploi régulier de la méthode pour la provocation de l'accouchemet prématuré, il reste encore à étudier. Il est très possible, je dirai même probable, qu'elle finisse par remplacer complètement l'usage habituel des bougies de Krause.

C'est ainsi qu'à la clinique gynécologique de Dresde, mon vénéré maître le prof. Leopold, à qui je présentai mon instrument l'automne dernier, l'utilisa dans deux cas qui seront publiés plus en détail ultérieurement.

Dans l'un d'eux, il s'agissait d'une éclamptique entrée en plein coma à la clinique. Le col était intact, la femme n'avait eu encore aucune douleur, et l'orifice était complètement fermé. Il fut possible de le dilater très rapidement sans la moindre hémorragie et d'une façon suffisante pour perforer l'enfant qui était déjà mort et l'extraire de suite. L'opération ne dura pas plus d'une heure en tout.

Dans le second cas, il s'agissait d'un bassin rétréci. Le prof. Leopold décida de provoquer l'accouchement prématuré avec

l était intact, très long, l'orifice entière-
40 minutes il fut possible de le dilater
sang, sans la moindre douleur et sans
cm. On introduisit alors un ballon et l'ac-
uisit très facilement quelques heures plus

il ne faut employer la méthode que lors-
fait effacé et que la dilatation de l'ori-
é. On évitera de cette façon le danger
es qui sont d'autant plus graves et plus
est moins effacé, car il faut bien se
atateur métallique n'a réussi jusqu'ici à
du col et de l'orifice. Les dilatateurs,
agissent que par écartement latéral des
'effacement du col ne peut être produit
ons de l'utérus.
l'instrument n'a été employé que dans le
ation, il n'est nullement nécessaire d'ac-
ratoire subséquent l'accouchement qu'on
er se terminer par les seules forces de
n témoignent les deux cas suivants que
ent l'occasion de traiter :

V p. 25 ans. Les trois premiers accouchements

4 h. p. m., rupture spontanée de la poche des
ommencent qu'à 4 h. p. m. Elles surviennent
utes les cinq minutes, mais diminuent de fré-
e courant de la nuit pour cesser complètement
nt, à 4 h. a. m., la sage-femme me fait appeler.
rifice un peu plus grand qu'une pièce de 2 fr.
OIGA, paraît petit et la tête est engagée. Il n'y

in les douleurs n'ont pas encore reparu et que
levoir traîner en longueur, je me décide à em-
La dilatation étant suffisante, je me sers des
largeur que j'introduis séparément, à la façon
s et que je fixe l'une après l'autre au manche de
qui réussit très bien.
s arrêt la vis de mon dilatateur jusqu'à ce qu'il
des bords de l'orifice. L'échelle marque alors
nt-là, je ne donne plus qu'un quart de tour par
nstamment le degré de tension de l'orifice. Pen-

dant ce temps et probablement sous l'
l'activité utérine reparaît peu à peu,
isolées reviennent à intervalles plus
fortes. Lorsque la dilatation atteint
expulsives. Malgré cela, je pousse la d
constater la descente de la tête entre
j'enlève l'une après l'autre à 7 ¼ h. Il
expulsives qui suffisent à expulser un
et de 2100 gr.

La délivrance spontanée se fait san
au speculum ne fait constater aucune c

Obs. XII (inédite). — III p. 37 ans
22 janvier 1904 à 8 h. a. m. Je suis a
femme. A mon arrivée, je trouve le
comme 2 fr. et la poche des eaux rom
En une heure, je réussis à produire
complète et l'enfant, petit du reste, es
cinq douleurs expulsives[1].

Et maintenant qu'est il permis
série d'essais? Il est tout d'abord
veux pas encore, malgré ces
geants, me permettre de porter
méthode elle-même. Le seul fait à
ces cas, l'emploi de mon dilatate
narcose, sans douleurs et sans da
pour permettre la sortie d'un enf
la méthode sans aucun parti
regardé que comme un progrès i
notre art.

Il est incontestable toutefois qu
mérite d'avoir démontré le premi
tion rapide du col et de l'orifice à

[1] L'action dynamique de la dilatation
les plus discutés de la méthode Certai
contestent énergiquement. Mon expéri
tre que la vérité se trouve entre ces deu
réagissent d'une façon si rapide à la dil
qu il est impossible de ne pas voir là ur
D'autres au contraire ne réagissent a
sont ni plus fortes, ni plus fréquente
dilatateur. C'est donc une erreur que c
dynamique et par conséquent sur l'effa
tête si l'utérus était au repos avant la d

ou du travail. Qu'il me soit seulement permis d'espérer avoir réussi à parer à certains dangers et inconvénients réels de son dilatateur et contribuer par là à la généralisation d'une méthode qui, dans certains cas spéciaux, peut sauver tant de mères. Dans ce domaine-là, qui peut dire à l'heure qu'il est l'avenir réservé à la méthode de Bossi ?

N'est-ce donc pas le premier de nos devoirs d'étudier à fond et d'une façon suivie un nouveau procédé, lorsque celui-ci n'a en vue que le bien des personnes qui se confient à nous? Nous ne pouvons nous arrêter à des considérations théoriques. C'est à l'expérimentation seule qu'il appartiendra de dire si la méthode de la dilatation mécanique du col est réellement sans danger, si elle peut s'appliquer dans tous les cas et si non dans quels cas, d'en déterminer, en un mot, toutes les indications et contre-indications et, vu l'importance de la chose, l'essai en est parfaitement licite et justifié. Il mérite tout au moins que les cliniques universitaires s'y intéressent afin de porter un jugement définitif sur la méthode en elle-même, se souvenant des belles paroles par lesquelles Bumm[1] termine, dans son récent ouvrage, son premier chapitre consacré à une courte revue historique sur le développement de l'obstétrique :

« Comme toute autre branche de la médecine, notre art est loin d'être arrivé au faîte de son développement. Après des périodes de repos et de recueillement où l'on se contente d'étudier et de parachever l'héritage acquis, surviennent de nouvelles méthodes qui reculent toujours plus notre horizon. Puissent nos descendants être saisis à notre égard du même sentiment que nous le sommes en considérant l'œuvre énorme accomplie par nos devanciers et se dire que nous aussi en sommes vraiment dignes et que nous aussi nous avons laissé quelque petite trace dans la voie infinie du progrès. »

Note ajoutée lors de la correction des épreuves. — Lorsque j'ai fait mes premières dilatations, j'ai estimé que des essais de ce genre, à un moment où je n'avais encore aucune expérience pratique de mon instrument, ne pouvaient se faire convenablement dans la clientèle privée où le manque d'assistance, de place et de jour ne sont pas sans dangers lorsque la technique de la méthode n'est pas encore bien connue de l'opé-

[1] Bumm. Grundriss zum Studium der Geburtshülfe, 1903.

eur. Dans un service hospitalier les conditions sont tout .res. Tout y est préparé d'avance pour parer à la moindre ıntualité qui pourrait se passer et de ce fait aucun accident ıst réellement à craindre. C'est pour cette raison que tous s essais ont été faits à la Maternité de Saint-Gall, dont le vice fut si aimablement mis à ma disposition par son ecteur, M. le Dr Aepli.

Comme on l'a vu dans le mémoire ci-dessus, j'ai été amené, · la force des circonstances, à employer mon dilatateur dans ; cas absolument normaux, sans aucune indication spéciale. ci s'explique facilement par le fait que les cas d'éclampsie et tres ne sont pas en somme si fréquents même dans un ser- e hospitalier, et qu'il m'aurait donc fallu attendre par trop gtemps avant de me rendre compte des qualités ou des 'auts de mon dilatateur que seule une série suffisante de cas ıvaient bien mettre en lumière.

De l'expérience acquise jusqu'ici, je puis dès maintenant e, en attendant mieux, que mon dilatateur permet d'obtenir résultats suivants :

ı) Il rend possible la terminaison immédiate d'un accouche- nt, avec ou sans narcose, lorsque l'orifice n'est pas encore 'fisamment dilaté pour permettre une intervention obstétri- e *et que l'état de la mère ou de l'enfant exigent impérieusement délivrance.*

ɔ) Il rend également possible la délivrance rapide dans tous cas où la vie de la mère court quelque danger du fait même la grossesse et où ce danger ne peut être écarté que par xtraction de l'enfant, à un moment où le col est encore mé.

Quant à l'extension systématique de la méthode aux partu- ntes dont la dilatation ne se fait pas malgré de violentes ıleurs, et chez lesquelles, après deux, trois jours et plus, on uve toujours l'orifice dans le même état, ainsi qu'à d'autres par suite d'inertie complète de l'utérus, la femme peut res- , avec une dilatation commencée, pendant plusieurs jours ıs que l'on voie l'accouchement progresser d'aucune façon, tiens à dire ici, afin d'éviter tout malentendu, que j'envisage .te question comme encore loin d'être effectivement résolue, .igré les résultats très encourageants que j'ai obtenus jus- 'ici, mais que je la considère comme méritant certainement plus grand intérêt de la part des spécialistes et une étude

approfondie et impartiale. C'est à l'avenir seul qu'il appartiendra de dire si cette généralisation est réellement sans inconvénients.

Dégénérescence et régénération des terminaisons motrices des nerfs coupés.

Par R. Odier (Genève) et A. Herzen (Lausanne).

Est-il certain que les filaments terminaux d'un nerf moteur séparé des centres dégénèrent *jusqu'à leur dernière terminaison?* On l'admet, en dépit de quelques faits physiologiques, dus surtout à Schiff, et qui sont défavorables à cette manière de voir.

Pour apprécier ces faits il faut avoir présente à l'esprit, la distinction fondamentale établie par Schiff entre la contraction *névromusculaire* due à l'irritation d'éléments nerveux moteurs et la contraction *idiomusculaire* due à l'irritation de la substance contractile elle-même [1].

Sur un muscle frais excité directement par un choc mécanique on peut observer l'une à la suite de l'autre les deux formes de contraction : au moment du choc, le muscle se contracte *rapidement dans toute sa longueur* et se relâche *immédiatement*; mais si on continue à l'observer, on voit se former peu à peu dans la partie du muscle qui a subi le choc une contraction qui *y reste localisée, s'y maintient longtemps* et ne se dissipe que *très lentement*. La première est la contraction « névromusculaire « (Zuckung) produite par l'intermédiaire des éléments nerveux contenus dans le muscle; la seconde est la contraction « idiomusculaire » (Dauercontraction) produite par l'irritation de la substance contractile, sans participation d'éléments nerveux.

D'autre part si on excite le muscle au moyen d'une secousse d'induction, on obtient la rapide contraction névromusculaire, exactement comme si on avait excité son nerf, mais elle n'est jamais suivie de contraction idiomusculaire. Schiff en conclut que les secousses induites excitent le muscle indirectement *par*

[1] Schiff. Recueil, etc., vol. II, pp. 1 à 124.

l'intermédiaire des filets nerveux qu'il renferme. Les élégantes expériences de Kühne, perfectionnées plus tard par Politzer, confirment cette conclusion en montrant que la hauteur de la contraction d'un muscle long excité par des secousses d'induction en différents points plus ou moins éloignés de son hile, n'est point la même : elle diminue à mesure qu'on s'éloigne du hile ; en d'autres termes, *elle est proportionnelle au nombre des fibres nerveuses irritées.* Inversement, si on prive de leur excitabilité les terminaisons motrices, on n'obtient plus de contractions névromusculaires en excitant directement le muscle, qui est alors réellement « énervé ».

Le meilleur moyen et le plus sûr pour atteindre ce but c'est l'application au tronc nerveux d'un courant ascendant suffisamment fort pour supprimer l'excitabilité de la partie périphérique du nerf jusques et y compris ses dernières terminaisons ; on y arrive facilement en employant une pile à grande résistance intérieure, en faisant parcourir au courant polarisant un trajet assez long du nerf et en rapprochant au besoin l'électrode positive du muscle; les secousses d'induction qui, appliquées directement au muscle avant ou après l'anélectrotonus, donnent de bonnes contractions, *ne produisent pendant sa présence aucun effet;* le muscle lui-même n'est cependant pas rendu inexcitable par l'anélectrotonus, car si on l'excite au moyen d'un brusque choc mécanique, il donne parfaitement la contraction idiomusculaire.

De ces faits (et d'autres encore) Schiff tire la conséquence que toutes les fois qu'un muscle excité directement par des secousses induites, par la *fermeture* ou l'*ouverture* d'un courant constant, par des chocs mécaniques ou par l'injection d'un liquide irritant, donne des contractions névromusculaires totales ou partielles (fasciculaires), c'est qu'il contient des filets nerveux encore excitables et n'est par conséquent pas un muscle « énervé ».

Or les muscles dont les nerfs coupés sont complètement dégénérés, continuent indéfiniment à répondre aux secousses d'induction qui les frappent directement, comme des muscles normaux, par des contractions rapides ayant manifestement le type névromusculaire; donc ils renferment des éléments nerveux qui ont *conservé leur excitabilité.* Bien plus, il paraît que leur excitabilité est *augmentée*; en effet, après la section de leur nerf, les muscles restent complètement relâchés jusqu'au mo-

ment où l'excitabilité du tronc nerveux disparaît. Avec la perte de l'excitabilité du tronc coïncide, dans les muscles correspondants, l'établissement de petites contractions très rapides, les différents faisceaux se contractant et se relâchant à tour de rôle. Ce tremblement fasciculaire est frappant surtout dans la langue, qui toute entière vibre et miroite à la lumière réfléchie; il s'y manifeste dès le cinquième jour après la section de l'hypoglosse et se maintient indéfiniment, pour ne cesser que lorsque le nerf se régénère et reprend son action sur le muscle. C'est le sang qui joue dans ce cas le rôle d'un irritant local, comme il le fait à l'état normal vis-à-vis du cœur[1].

La vaso-dilatation paralytique produite par la section des nerfs vaso-constricteurs (avec exclusion de toute régénération depuis les centres) *diminue* au bout de quelques temps et finalement disparaît presque tout à fait sans qu'il y ait régénération du nerf. On dit que les élément musculaires de la paroi vasculaire « ont repris leur tonicité »; mais la tonicité musculaire étant un phénomène de légère innervation motrice, il faut bien admettre que les terminaisons des fibres vaso-constrictrices ont elles aussi survécu au tronc nerveux et ont non seulement conservé leur excitabilité, mais que celle-ci a peu à peu augmenté.

Le fait suivant semble confirmer la persistance de ces terminaisons : un coup sec frappé avec un objet large et pas trop dur, par exemple avec la main, sur une région en état de congestion paralytique, y laisse une empreinte pâle qui se dissipe peu à peu; il est vrai qu'on ne peut pas dans ce cas exclure la possibilité d'une irritation mécanique directe des éléments musculaires eux-mêmes; aussi cet autre fait est-il bien plus probant : toutes les influences locales qui à l'état normal produisent *d'emblée* la rougeur de la partie où elles agissent (frottement prolongé par exemple) la produisent aussi dans la région vaso-paralytique; le phénomène est évident surtout après la diminution de la dilatation paralytique. Or, comme il n'existe aucune irritation capable de produire *l'allongement* d'un muscle, nous devons attribuer la rougeur en question à l'action de fibres *vaso-dilatatrices*, et le nerf qui les contenait étant dégénéré, il ne peut plus subsister à la périphérie que les terminaisons de ces fibres; elles ont donc persisté et conservé leur excitabilité.

[1] Schiff. Lehrb. d. Physiol., Lahr, 1858, p. 177 à 179.

Tels sont les principaux faits que la physiologie possède en faveur de la non dégénérescence des vraies terminaisons des nerfs (à fonction centrifuge) sectionnés. Schiff a toujours basé sur ces faits l'idée de la *survie indéfinie de l'élément nerveux ultime*, indécelable par les moyens d'investigation de l'époque et inconnu même aujourd'hui, les terminaisons à nous connues n'étant certainement que *préterminales* ; et il est possible, comme le pensait Schiff dans son for intérieur, que la fibre musculaire ne soit pas un élément purement musculaire mais un élément *musculo-nerveux*.

Les méthodes histologiques ayant, depuis, subi de très considérables perfectionnements, et des travaux remarquables qui semblent battre en brèche et ébranler profondément l'unité anatomique du neurone, se suivant de près, nous nous sommes proposés de voir (sujet sur lequel nous n'avons rien trouvé dans ces travaux) comment se régénèrent les organes terminaux des nerfs moteurs, et si peut-être ils se reconstituent *sur place*, sans aucune participation des cellules centrales.

Les terminaisons motrices du cobaye se prêtant mieux à l'étude que celles du lapin, nous avons opéré un certain nombre de cobayes de *section du nerf sciatique* avec *arrachement du bout central*, et nous les avons sacrifiés au bout de 24 h., 48 h., 66 h., et 8, 15, 30, 45, 60 et 72 jours.

Chez le cobaye normal, les organes moteurs terminaux se montrent sous la forme suivante : un nerf composé de plusieurs filaments cylindraxiles dont le nombre varie de deux ou trois à dix ou douze, aborde perpendiculairement une série de fibres musculaires et s'épanouit en éventail en un certain nombre de tiges longues formées chacune d'un cylindraxe à calibre *uniforme sur tout son parcours* et porteur d'une terminaison motrice ; celle-ci consiste en la division plus ou moins ramifiée et généralement de forme circulaire, du filament nerveux.

Comme pour les autres travaux concernant les nerfs fins et leurs terminaisons motrices, nous avons employé la méthode de l'or indiquée avec tous ses détails ailleurs [1].

24 h. après la section, les nerfs et leurs terminaisons sont intacts. (L'excitabilité des troncs nerveux est normale.)

48 h. après la section, un grand nombre de fibres sont déjà altérées, les cylindraxes sont fragmentés ; leurs solutions de

[1] Odier. Rachicocaïnisation, Genève 1903, Kündig.

continuité sont très franches, mais espacées, de sorte que les fragments sont *longs*. (Le nerf est cependant encore parfaitement excitable.)

66 h. après la section, les cylindraxes sont *partout* divisés en fragments *courts* contenus à l'intérieur des tubes à myéline; les espaces qui les séparent sont assez considérables. Les organes terminaux sont entourés d'une zone rouge foncée intense, mais ne présentent eux-mêmes pas d'altération appréciable. (Le nerf n'est plus excitable.)

Huit jours après la section, la fragmentation des cylindraxes a fait de nouveaux progrès, mais les morceaux disjoints continuent à se bien imprégner et ne semblent pas altérés. *Dans les organes terminaux apparaissent les premiers changements histologiques* : quelques îlots de substance cylindraxile se séparent de l'arborisation qui se rompt par amincissement progressif du filament nerveux ; les organes terminaux sont entourés d'une zone intensement colorée en rouge. Nous insistons sur la présence constante de cette réaction que nous retrouverons toujours jusqu'à régénération complète de l'organe.

Quinze à trente jours après la section. — Jusqu'ici nous n'avons jamais vu qu'aucune terminaison motrice *disparaisse complètement*. Les filets nerveux qui soutiennent les organes terminaux et la tige qui résulte de leur réunion *ne dégénèrent également pas complètement*. Arrivés à un stade limite de fractionnement, les restes des cylindraxes *s'accroissent* au contraire à un moment donné et finalement constituent un filet cylindraxile long et continu. Leur imprégnation est si intense qu'on a certainement affaire ici à des nerfs en tout cas en partie nouvellement formés. (On sait en effet qu'un nerf jeune produit beaucoup plus facilement la réaction chimique des sels d'or et d'argent que les nerfs adultes.)

Parmi les terminaisons, la grande majorité change d'aspect. La couronne qu'elles forment, de continue qu'elle était, se fractionne en une série d'îlots qui ne disparaissent jamais. Ils sont toujours entourés, comme il a été dit ci-dessus, d'une zone très nettement délimitée où le tissu musculaire est *coloré en rouge-violet intense* indiquant une réaction locale active. A mesure que la section remonte à plus longtemps en arrière, c'est-à-dire dans les stades compris entre 40 ou 72 jours, on voit apparaître des figures de nouvelle formation.

Quelques organes terminaux sont en voie de régénération;

les îlots cylindraxiles bourgeonnent et poussent de petits prolongements arrondis au sein de la tache rouge-violette signalée plus haut.

D'autres organes terminaux paraissent n'être pas en voie de régénération, mais *de formation*, et se forment nettement *avec le concours du tissu musculaire*. Ils sont constitués par une sorte de *bouton* rouge-violet d'assez grande dimension. On distingue à leur intérieur un, deux, quelquefois plusieurs petits nodules allongés et frêles de substance cylindraxile. Ce sont là, à n'en pas douter, des *organes nerveux terminaux en voie de formation sur terrain musculaire* et non en voie de disparition par dégénérescence; *toute dégénérescence des organes nerveux moteurs terminaux s'accompagne d'une pâleur croissante des parties musculaires environnantes*. C'est le cas par exemple dans les diverses intoxications graves par les poisons nervins (tétanine, strychnine).

Ici, au contraire, la coloration est d'une telle intensité que l'on doit admettre se trouver en présence d'un processus vital formatif énergique.

D'après l'examen de nombreuses préparations provenant de divers cobayes, nous estimons par conséquent que chez les animaux adultes la *régénération* et la *néoformation* de la presque totalité des organes moteurs terminaux, après section du tronc nerveux, *se font avec le concours et la participation du tissu musculaire*.

Nous disons la *presque* totalité, car nous avons aperçu par-ci par-là une sorte de bourgeonnement aux dépens cette fois de filaments nerveux de nouvelle formation, et qui semble lui aussi devoir conduire à la formation d'organes moteurs terminaux. Désireux de poursuivre le développement ultérieur de ces bourgeons, nous renvoyons leur description à plus tard.

La diphtérie est-elle transmissible par l'eau ? — Etude des transformations subies par le bacille de Lœffler après un séjour plus ou moins long dans l'eau.

(Travail du Laboratoire de bactériologie du Service sanitaire, Lausanne)

par Frédéric Seiler, prof. et W. de Stoutz.

Nous avons publié, dans le numéro de mars dernier de cette *Revue*, les premiers résultats que nous ont fourni les expérien-

ces entreprises dans notre laboratoire, dans le but de rechercher par voie expérimentale, si le bacille de Lœffler était ou non transmissible par l'eau. A cette date, nous avons établi que le bacille de Lœffler provenant de culture pure très virulente, se conservait dans l'eau distillée pendant un mois au moins, sans perdre de ses propriétés germinatives.

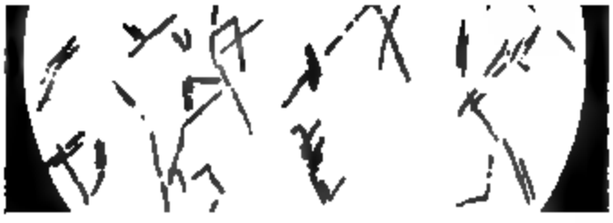
Poursuivant nos expériences, nous avons d'abord recherché à quelle limite on peut aller, pour ce qui concerne la vitalité du bacille. Pour cela, nous avons poursuivi les ensemencements de l'eau infectée, d'une part sur sérum et d'autre part dans du bouillon. Ces ensemencements répétés pendant quatre mois consécutifs, nous ont révélé des faits très curieux qui n'ont été signalés jusqu'ici par aucun auteur à notre connaissance.

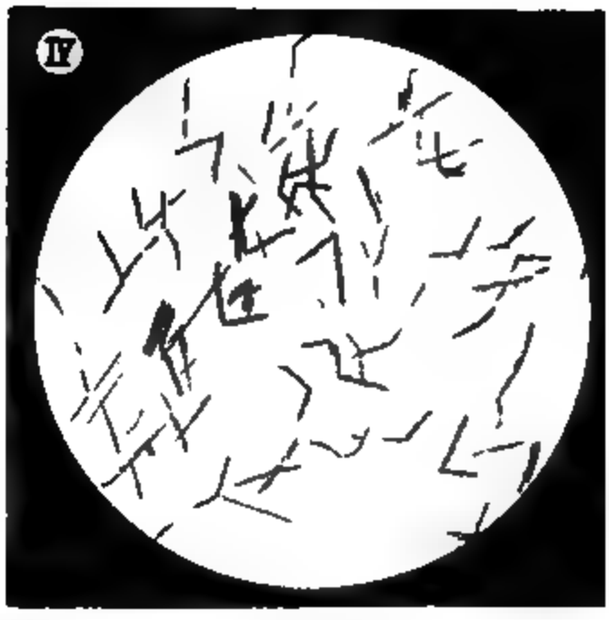
En premier lieu, le bacille prospère dans l'eau distillée; il s'y multiplie à tel point, que déjà dès le second mois, il est possible d'obtenir directement avec l'eau puisée au fond du vase, des préparations de bacilles de Lœffler. Mais, tandis que, jusqu'à la fin du premier mois, la forme du bacille avait relativement peu changé, il n'en fut plus de même dès cette date et plus tard. Une transformation très curieuse s'opérait dans la forme du bacille au fur et à mesure de son séjour dans l'eau, toujours maintenue à la température ordinaire. Pour bien faire voir les progrès de cette tranformation dans la morphologie du microbe, nous avons reproduit par le dessin des images de préparations faites au bout d'un mois et jusqu'à quatre mois de durée. Nous avons reproduit (voir Pl. V) les images des préparations obtenues avec des cultures prélevées au terme des différents mois jusqu'à la fin du quatrième.

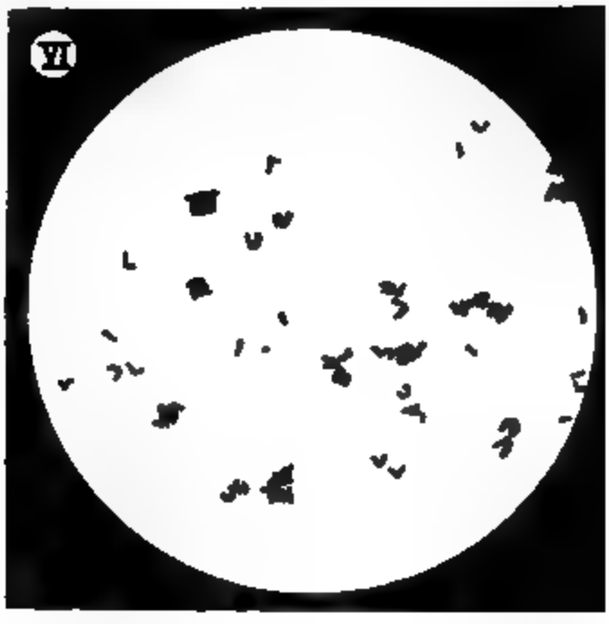
Dans la fig. 1, nous voyons que le bacille diphtéritique a conservé encore plusieurs de ses formes les plus caractéristiques. Les bacilles ont une tendance à s'allonger et s'amincir; mais en résumé. on reconnaît le bacille de Lœffler quand même. Dans la fig. 2, nous constatons que la déformation du bacille, signalée au bout d'un mois de séjour dans l'eau, augmente et s'accentue notablement. Les bacilles sont encore plus grêles et plus allongés. Ce caractère se retrouve toujours plus prononcé dans les fig. 3 et 4. Dans cette dernière image, nous voyons que le microbe forme de véritables chainettes de trois ou quatre articles, réunis par des parties plus menues et plus étroites. Si l'on compare la figure 1 avec la figure 4, on voit immédiatement la façon dont le microbe s'est tranformé; en tout cas on

'mer qu'un observateur non prévenu
ıt les figures 3 et 4 pour du bacille
ıt bel et bien le bacille de Lœffler q
Pour le prouver, nous avons ensem
ıui nous ont fourni les deux images 3
ɔus avons obtenu de superbes cultu
ı. Ce sont ces cultures qui nous on
ı n° 5 est fourni par le bacille 4, le 6
ıt très bien à l'examen de ces deu
.tères du bacille de Lœffler s'y re
nt disparu en faisant place à de pe
ɔbes groupés en accents circonflex
est redevenue normale. Il n'y a pa
; la culture sur sérum redonne a
es.
ɔe qui concerne le second point, savo
rulence, nous avons fait avec les
dans du bouillon normal, puis ce
de nouveau de la gélose dans le bo
par ce moyen on accentue fortem
iphtéritique. Un cobaye femelle du
dans la région de l'aine avec un c

ut de quatre à cinq heures, l'anima
l'inquiétude ; il ne mangeait plus
coin de sa cage. Au bout de sept he
ormation d'un léger œdème au poin
in matin l'animal est remis, l'œdè
a disparu.
ıuveau cobaye du même poids est i
toujours dans la région de l'aine. A
res, nous observons les mêmes syn
ıs. L'œdème, vers le soir, est bien f
ment malade. Le lendemain, il est
ıe de petits cris plaintifs. Néanmo
té au point d'embrasser tout le côté
ndre davantage. Le surlendemain
u bout de quelques jours de maladie
lit.
n'avons pas répété cette expérience
ıe toxine. Pour nous, les résultats o







F. Seiler et W. de Stoutz.

clairement que le bacille très virulent dont nous étions partis, avait subi une très forte atténuation par son séjour prolongé dans l'eau. La virulence n'était pas complètement annulée cependant, puisque les essais d'inoculation avaient rendus les cobayes très malades, et qu'il nous aurait été possible, en forçant la dose, de provoquer la mort de l'animal en fin de compte.

Depuis que nous avons entrepris ces expériences, nous avons eu connaissance d'un travail fait par M. Daniel Konradii à l'Institut de Pathologie de l'Université de Kolozsvar. Ce travail, publié plusieurs semaines après que nous avons fait notre première publication, soit le 28 mai 1904 [1], cherche à établir quel est le sort des bactéries pathogènes dans l'eau. L'auteur a fait une série de recherches très exactement conduites, et arrive à la conclusion que les principales bactéries pathogènes vivent dans l'eau pendant très longtemps. Elles y conservent leur virulence quoique à des degrés très divers, mais en tout cas, elles ont après de très longs séjours dans ce liquide, la propriété de fournir des cultures types très faciles à caractériser.

Les expériences de Konradii n'ont pas porté sur le bacille de la diphtérie, de sorte que les nôtres viennent en quelque sorte les compléter et les confirmer sous ce rapport. Sans doute, il nous reste encore plusieurs points obscurs à élucider dans cette question. Mais nous pouvons dire, dores et déjà, que le bacille de Lœffler se conserve dans l'eau à l'état vivant pendant plus de quatre mois consécutifs, qu'au bout de ce temps sa forme caractéristique se retrouve dans les cultures et que celles-ci sont virulentes quoique à un degré notablement moindre.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GENÈVE

Séance du 20 mai 1904, à l'Hôpital cantonal.

Présidence de M. le Dr Ed. Goetz, Président

22 membres présents et 9 étrangers.

M. de Seigneux présente un *sopha pour examen gynécologique* qu'il a fait construire par la maison Haussmann. C'est un élégant meuble pour

[1] *Centralblatt für Bakteriologie*, 1904, p. 203.

ultation, très pratique, que l'on peut même disposer pour
'rendelenbourg.
ésente deux malades atteints de *paralysie faciale périphé-*

t une chute pendant laquelle la tempe gauche heurta une
une petite hémorragie de l'oreille. A l'examen on cons-
uchon de cérumen qui fut enlevé. Ce bouchon très dur
parois du conduit pendant la chute. Le tympan n'était
atre jours après paralysie faciale due à une hémorragie
u facial au-dessous du ganglion géniculé.
ılade eut une grippe en février, une otorrhée en mars.
coulement a cessé, mais, à ce moment-là, survient subi'e-
ysie faciale droite. Le tympan ne présente plus de perfo-
ité est très prononcée. La paralysie est due probablement
e du facial par suite de l'otorrhée. Pronostic défavorable.
ıdant pas désespérer.
ıfitant de la presence de ces deux malades, fait remarquer
L'un des deux malades n'a jamais su fermer l'œil gauche
ellement, si on lui dit de fermer son œil gauche seul, on
un très léger mouvement du globe oculaire vers le haut,
ant immobile. Chez l'autre malade qui savait fermer l'œil
lorsqu'on lui demande de fermer cet œil seul, la pau-
obile, tandis que le globe oculaire exécute nettement un
rotation de bas en haut et de dedans en dehors. Ce fait
grité des centres. Il est très probable qu'en cas de paralysie
vement du globe ne se produit pas. Ce fait, plus facile à
bauche du mouvement des paupières en cas de paralysie
ique, peut rendre plus saisissant le signe de l'orbiculaire.
ısente des flacons de *Pollantine*, le sérum préparé par le
Hambourg, contre la fièvre des foins. Sans avoir d'expé-
lle au sujet de ce sérum, il engage à essayer ce remède
ırs que prophylactique.
gnale l'augmentation du nombre des malades atteints de
dans notre pays. Il l'attribue à l'introduction chez nous
ıis.
ıit que la question de terrain névropathique est plus im-
le du pollen des différentes graminées.
d'avis qu'on ne doit négliger aucun remède pour une ma-
ı tous les traitements. Il cite à ce propos un de ses mala-
réservé pendant trois ans de la fièvre des foins en prenant
une cuillerée à soupe d'un mélange à parties égales de
ıt de miel.
presente un malade qui a été atteint de *méningite cérébro-
erculeuse à forme prolongée, avec hémiplégie droite et
par des ponctions lombaires. Guérison.*

Ch. J. âgé de 15 ans, entre à l'Hôpital cantonal le 14 janv
des symptômes de méningite. Son état paraît grave. La ponc
révèle une polynucléose exclusive. Le troisième jour de sa
vient assez brusquement une hémiplégie droite avec aphasie
plète. L'aphasie commence à disparaître trois jours plus tar
après son apparition le malade parle comme auparavant. Qua
lysie elle s'améliore très sensiblement pendant les cinq pr
mais le malade garde jusqu'à la fin de sa maladie une faibl
de son côté droit. Le signe de Babinski était très net. Le
quatorzième jour on pratique deux autres ponctions lombai
les polynucléaires sont en grande majorité. Les cultures du li
stériles. Depuis cette époque, la maladie présente des pério
sion et d'aggravation successives. Les rémissions durent de
jours pendant lesquels le malade se sent très bien malgré
de la fièvre et de la céphalée. Les crises d'aggravation sur
aucune cause apparente. Outre l'aggravation et la réapparit
mènes méningés, le pouls devient irrégulier et le malade tomb
dans un coma profond. Ce fut toujours au moment de l'app
phénomènes que furent pratiquées les ponctions lombaires q
tées douze fois. Leur effet a été très favorable. Actuellem
est guéri ; il ne garde comme reliquat de sa maladie qu'u
blesse de la main droite et de la jambe.[1]

M. Bard : Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est l'utilité très
présentée les ponctions lombaires. Les symptômes etaie
ceux d'une méningite septique que ceux d'une méningite tub
ponction lombaire a fait pencher le diagnostic en faveur de
septique. On voyait certes aussi autrefois des guérisons
graves, mais les ponctions lombaires sont sûrement d'une
pour le diagnostic et le traitement de ces méningites.

M. Moukhtar, répondant à une question de M. Ed. Gœt
essayé chez ce malade le traitement habituel de la méningite
frictions de collargol, mais sans résultat aucun.

M. Weber fait part de l'observation suivante :

Le soir du 16 mars, la police amène à l'Asile de Bel-
homme de 27 ans, disant avoir quitté Québec le matin même
l'Hudson, s'être rendu à Ottawa, pour finir par se trouver
comment. Il fouille continuellement son pardessus d'où il so
ment sept mouchoirs, une paire de babouches, un linge de
et prétend que ces objets ne lui appartiennent pas. Le lend
nous remet une lettre pour le consul d'Angleterre, à qui
secours pour se rendre dans son pays. En même temps il nous
« roman de sa vie ». Il est fils d'un capitaine au long cour

[1] Au 30 juin le malade était en très bonne santé; la fai
droit diminuait de plus en plus.

sont morts alors qu'il était encore (
courtier en diamants à Pétersbour
devint secrétaire d'un richissime B
Il a été sujet déjà à diverses cris
d'être arrivé à Strasbourg, mais (
C'est à ce moment là que nous lui
che ni Québec ni Ottawa et que so
celui de nos voisins que celui des
notre bureau et déclarait être fils d
tout son roman pas un mot n'était
ensuite que ce jeune homme n'ava
avait commencé par être insuffis
liquidé en quelques mois la petite

Ce jeune homme qui au premi
d'équivalent épileptique, était-il
tout. En effet il était porteur de t
rescence : cheveux gris à 27 ans,
ment implantées, palais en ogive
révélée par les mesures craniennes
l'explication de son infériorité inte
la maladie décrite par Delbruck s
Tous ceux que nous avons vu en
des faibles d'esprit ; mais, croyant
res ils les débitent avec une assura
voir suggestif considérable. Malgré
très souvent à duper des « intellig

BIBLIO

M. Bourcart et F. Cautru.— Le
la cavité abdominale au point d
in-8° de 302 p. avec 134 fig. Ge

Sous ce titre, MM. Bourcart et
étude complète au point de vue
première partie de ce travail, due
paraître. L'auteur y présente d'ab
figuration extérieure du ventre, à
ploration du ventre, puis il aborde
mobile qu'il traite d'une façon très

M. Bourcart considère schémat

nfermées les unes dans les autres et qui sont
cavité péritonéale et enfin la cavité générale
rmant outre les viscères contenus dans le péri-
e le rein, extérieurs à cette séreuse. L'équilibre
ces trois cavités est la condition principale de
sa situation normale, ce qui n'exclut pas une
ique de cet organe ; en outre la configuration
ui renferment celui-ci, contribuent également à
yens de fixation du rein ne jouent qu'un rôle
nc surtout en agissant sur l'équilibre intra-
bandage approprié qu'on peut remédier aux
le rein mobile bien plus que par la néphro-
ent d'adhérences amenant une fixité anormale
e qu'utile. Il faut lire dans l'ouvrage lui-même
ions très clairement exposées par lesquelles
de voir et pour lesquelles il s'est très large-
MM. Wolkow et Delitzin, sur le rein mobile ;
pour leur étude plus d'une centaine d'expé-
st autorisé M. Bourcart à joindre le résultat de
nes.

que nous annonçons est très richement illustré
ssins qui en font un véritable atlas. Quelques
nt empruntées à divers ouvrages, en particulier
zin et à celui de Stratz sur la beauté de la
nt surtout en relief les inconvénients du corset ;
t représentent pour la plupart les procédés
a cavité abdominale et l'application du bandage
lement du rein mobile ; elles seront ainsi d'un
ns qui voudront imiter M. Bourcart.

comprendra un second volume rédigé par
mac et l'intestin » et un troisième fait en colla-
teurs sous le titre de « Le massage du ventre
ulation ». C. P.

VARIÉTÉS

r H. Bernet. — Nous avons appris la triste
Dr Henri Bernet, décédé à Lausanne le 27 juin

it originaire de Schiers dans le canton des
6 avril 1850, il était encore fort jeune quand

n botaniste de mérite, vint se fixer à Plainpalais près Genève
nationalité genevoise. H. Bernet se rendit en Allemagne pour
études médicales; c'est à Jena qu'il passa en 1876 ses examens
la meilleur note et la même année l'Université d'Erlangen
t le titre de docteur après la soutenance d'une thèse sur les
elles du creux de la main. Après un court séjour à Würz-
Berlin, il s'établissait à Plainpalais, devenait par son mariage le
vénéré Dr Baylon et se faisait apprécier comme praticien ;
pendant quelques années les fonctions d'inspecteur sanitaire
t donna un cours d'hygiène à l'école industrielle et commer-
nève En dehors de son activité médicale, il s'occupait avec
exemple de son père, de botanique et a publié un catalogue
ues du Sud-Ouest de la Suisse et de la Haute-Savoie (broch.
6 p. avec 4 pl. Genève 1888, H. Georg), fruit de nombreuses
dans nos environs. Dans les dernières années de sa pratique
nsacré plus spécialement aux maladies du larynx et des oreilles
quis ainsi une nombreuse clientèle; malheureusement l'état de
oligea il y a quelques années à renoncer à toute occupation.
rait toujours eu les meilleures relations avec ses confrères; il
ant plusieurs années partie de la *Société médicale de Genève*
ntré en 1883. Nous exprimons à sa famille toute notre sym-

DE LA COMMISSION MÉDICALE SUISSE. — La Commission méda
a adressé en date du 9 février 1904 au Conseil fédéral une
ative à la situation faite aux médecins suisses par la loi du
4 sur l'assurance des militaires contre la maladie et les acci-
exte français de cette pétition vient d'être imprimé.
ement aux décisions prises par la *Chambre médicale suisse*,
e la motion Häberlin en novembre 1902[1], la Commission signale
fédéral le fait que l'article 18 b de la loi ne se contente pas
, médecin civil la déclaration de la maladie survenant chez
es après le service, mais causée par celui-ci, elle rend en
edecin civilement responsable au cas où il aurait négligé de
leclaration. La pétition fait aussi remarquer que d'après l'ar-
traitement du malade n'est possible à domicile qu'avec l'auto-
médecin en chef qui peut la refuser et enfin que d'après
du règlement d'exécution, si le malade n'est pas traité a
médecin qui a fait la déclaration n'est pas indemnisé. Elle
ons les inconvénients de ces articles tant pour les médecins
s malades et résume en terminant comme suit les désidérata
edical suisse .
timons que l'art. 18 b, a créé pour le médecin un régime d'ex-

ite *Revue*, 1902, p. 783 et 845.

ception et lui cause un préjudice grave et nous venons vous demander s'il ne serait pas possible de reprendre la rédaction de l'art. 346 b. de la loi fédérale du 5 octobre 1899 sur l'assurance contre la maladie et les accidents en reportant ainsi une partie de la responsabilité sur les intéressés eux-mêmes et en ne rendant le médecin que subsidairement responsable *dans les cas d'incapacité du malade ou lorsque celui-ci l'aurait expressément chargé de ce soin.*

La rédaction de l'article 20 de la loi sur l'assurance militaire laisse à l'autorité militaire pleine liberté en ce qui concerne le mode de traitement des militaires malades. Nous demandons que cet article soit modifié de façon que le *traitement à domicile ne soit plus l'exception, mais soit autorisé dans tous les cas où cela est possible sans détriment pour la guérison du malade.*

Enfin nous nous permettons d'exprimer le vœu que l'*art. 6 du règlement d'exécution soit modifié*, et que par une adjonction à ce règlement on *veuille bien reconnaître le principe de la garantie des honoraires médicaux.*

Nous vous présentons notre requête avec la certitude que vous voudrez bien l'examiner avec bienveillance.

Nous avons pû nous convaincre que la discussion de ces questions dans la presse médicale a provoqué dans le corps médical du mécontentement et de la méfiance. Cette disposition d'esprit est particulièrement fâcheuse au moment de la reprise des travaux sur la législation de l'assurance contre la maladie et les accidents; aussi avons-nous le vif désir de voir disparaître les causes de ce mécontentement, afin que tout le corps médical puisse sans arrière-pensée apporter son concours à la grande réforme sociale en voie de préparation. »

En l'honneur du prof. Julliard. — Le 22 juin dernier, les assistants, anciens assistants et amis de M. le Dr Gustave Julliard étaient réunis à l'Hôtel National, sous la présidence de M. le Dr Jeanneret, doyen des anciens assistants, pour témoigner au professeur démissionnaire toute leur sympathie à l'occasion de sa retraite de l'enseignement universitaire et de la cessation de ses fonctions de chirurgien en chef de l'Hôpital cantonal de Genève. Nous ne reviendrons pas sur les discours prononcés au banquet et dont le *Journal de Genève* du 24 juin a donné un excellent résumé. Disons seulement ques les orateurs ont tenu à rappeler tous les services rendus par M. Julliard, soit à l'Hôpital, où il a organisé la clinique chirurgicale, soit à la science. Un buste d'Ambroise Paré lui a été remis par le président. Quelques jours après, à la dernière leçon donnée par M. Julliard à l'Hôpital, M. A. Cramer a pris la parole au nom des étudiants et a remis également un souvenir au savant professeur, qui a été l'objet, de la part de l'assistance très nombreuse, d'une touchante manifestation de regret et de sympathie.

Université de Lausanne. — M. le D
professeur extraordinaire de médecir
prof. Larguier-des Bancels décédé.

Premier Congrès international d'hy
4 au 9 avril 1904. — C'est dans cette
si pleine de souvenirs historiques, si
son architecture moyen-âge, que la S
donné rendez-vous aux hygiénistes d'E
1300 participants, dont 26 Suisses, étaie
du Congrès. Celui-ci a été inauguré par
vière, protecteur du Congrès, et chir
discours officiels d'usage, citons celui d
sanitaire fédéral, à Berne, qui a montré
le domaine de l'hygiène scolaire et pr
travaille avec ardeur et persévérance au
de nos écoliers.

Les congressistes n'étaient pas tous
d'entre eux étaient membres du corps
gonisme qui s'est quelquefois manifesté
qui aurait pu être évité en divisant les
des sujets traités était énorme, il n'y a
communications, et pourtant le progr
discipline et une exactitude vraiment al

On avait établi différentes sections :

Dans les séances de la section du bâti
truction du bâtiment, le mobilier scola
des salles d'école, les salles de gymnast
documenté du prof. Erismann, de Züric
ments d'école dans une direction NO-
SE-SO à cause de la lumière solaire qui
tous les bâtiments dirigés vers le sud
mande chaleureusement les baraquemen
et cite les expériences faites à Francfort
pavillons scolaires sont très pratiques,
parfaitement en hiver.

Une seconde section comprenait l'hy
de recherche de la fatigue intellectue
du surmenage intellectuel et les syst
des leçons pendant une demi-journée seu

L'enseignement de l'hygiène aux insti
sujet de plusieurs rapports très intéressa
absolument urgent que les instituteur
des exigences de l'hygiène.

Une autre question, très discutée, qui

faut-il donner aux enfants des instructions sur
ie des organes sexuels et faut-il les prévenir des
uels? En général, les conférenciers ont conclu

à l'école et le service médical dans les écoles
it les médecins. Pour arriver à un résultat
partout des médecins scolaires qui auraient la
écoles et des élèves et qui veilleraient à ce que
ne soit propagé, non seulement chez les écoliers,
dans le peuple, en général.
cins ne doivent pas exagérer, et si l'on voulait
erata des conférenciers de Nüremberg, on aurait,
es, les dentistes, les oculistes attachés spéciale-
1 les spécialistes pour les oreilles, le nez et le
une part du gâteau. Nos enfants passeraient
taminés, expérimentés, et le corps médical ne
r impopulaire chez les instituteurs. Le médecin
conseils aux maîtres, les renseigner, mais il ne
ispections et des expertises.
ont recommandé et demandé l'appui des gouver-
' *spéciales :* classes pour estropiés, classes pour
r enfants faibles d'esprit ou peu doués, classes

ir les troubles de la parole (bégaiement et bre-
étudiée par M. Gutzmann, de Berlin. Alors que
i bégaient augmente avec l'âge des écoliers, celui
s. Les maîtres doivent surveiller les altérations
et devraient pouvoir les corriger.
e, fait une charge à fond contre le *corset* et ses
par les applaudissements enthousiastes de chacun.
' que nous avons entendu les représentants du
nberg et Sumper, parler de « l'importance qu'il
pes de l'hygiène, chez les mères de famille spé-
emandent qu'on accorde aux femmes le droit de
ns scolaires et, pour ne pas rester en arrière,
les écoles de jeunes filles, on institue des femmes

ice des deux champions allemands de la ligue
tein et Hadelich qui, s'adressant au corps médi-
t, demandent qu'on lutte contre l'alcoolisme dans
le fléau à sa racine et qu'on en démontre aux
désastreuses.
e congrès, une *exposition*, soi-disant internatio-
montrait les progrès accomplis dans le domaine
bâtiments d'école, des moyens d'éducation, etc.

Quant à citer les noms des divers fa
drais mon latin La Suisse avait exp
bâtiments d'école de Zurich et de Bâl
Suisse qui a fait l'admiration de chac

Une attraction de l'exposition était
Doecker », acheté par la ville de Nür
tous ses accessoires, prêt à recevoir l
de la sorte combien ces pavillons re
villes où il s'agit d'édifier rapideme
des écoles.

Congrès international des Scien
26 avril 1906 et non du 19 au 20 c
dans notre précédent numéro que ce c

Congrès d'aliénistes. — Nous rap
aliénistes et neurologistes de France
réunira à Pau du 1er au 7 août 1
prof. Brissaud avec M. le Dr Bin
d'aliénés de Pau, comme sécrétaire gé

Congrès de Physiologie. — Nous
international des physiologistes se ré
3 septembre 1904. (Voir cette *Revue*
ments s'adresser à M. le prof. Prevost

Congrès de Balnéologues. — La
allemands se réunira pour son quatrie
du 12 au 15 octobre 1904 ; le congrès
Riviera autrichienne. Pour communica
au *Secrétariat du Zentralverband der*
Kongress, Judenplatz 5, Vienne I, Au

Association d'enseignement médic
ces). — Du 19 septembre au 1er octob
tions pratiques dont la liste suit se fe
rue Serpente, à Paris et dans différents

1. *A l'Hôtel des Sociétés savantes*
Dr Leredde. Thérapeutique dermat
Dr Marchais Massage. — Dr Noguès
Dr Zimmern. Electrothérapie. — Dr Du
lier. Maladies nerveuses. — Dr Lan
— Dr Lesné. Hygiène et thérapeutique

2. *Dans différents services* : Dr Ar
— Dr Souligoux (Lariboisière). Chi
(Tenon). Auscultation. — Dr Soupau
— Dr Laurens (Bichat). Oto-rhino-lar
sière). Ophtalmologie.

Le droit d'inscription pour chaque c
huit à dix leçons), est fixé à 20 fr.
s'inscrire par correspondance. Les p

inscriptions et tous renseignements, s'adresser des Sociétés savantes, rue Serpente, Paris.

EN MÉDECINE DE LA SUISSE

Semestre d'été 1904

SUISSES				ÉTRANGERS		TOTAL
canton		d'autres cantons				
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
	2	56	2	13	..	119
	..	61	2	41	351	512
	..	45	1	66	123	262
	1	37	..	26	153	244
	8	121	2	47	163	394
				TOTAL ..		1531

(dont 3 dames). *Genève*, 32 auditeurs et 30 élèves e dentaire. *Lausanne*, 1 auditrice. *Zurich*, 11 au- et 20 élèves (dont 4 dames) de l'École dentaire.

MÉDECINS SUISSES. — Dons reçus en Mai 1904.

r. 20, (20+260=280).
. 20, (20+765=785).
prof. fr. 25 ; M. Walthard, prof. ; fr. 20 ; E. Wei- 995).
, jun., fr. 10 ; F. Bailly, fr. 30 ; O, Seippel, fr. 10,

Volland, fr. 10 ; Schnöller, fr. 20, (30+300=330).
echsel, fr. 10 ; Anonyme, fr. 100, (110+145=255).
fr. 20 ; C. Real, fr. 10, (30+60=90).
sten, fr. 20 ; E. Munzinger, fr 20 ; A. Walker,

, fr. 10, (10+245=255).
fter, fr. 20, (20+240=260).
prof., fr. 20 ; Roux, prof., fr. 200 ; E. Zbinden,

n, fr. 10 ; Th. Brunner, fr. 10 ; F. Horner, fr. 20 ; ehrli, fr. 20, (70+890=960).
feu M. le Dr G. Wessner, fr. 1000 ; Institut bacté- inal suisse à Berne, fr. 500, du bénéfice de l'année ; 503.70+450=1953.70).
ons précédents de 1904, fr. 5950. Total fr. 8153.70.

Le Caissier, Dr P. VON DER MÜHLL
Aeschengraben, 20.

1904.

, fr. 10, (10+995=1005).
fr. 20 ; H. Wille, fr. 10, (30+485=515).
rof., fr. 30, (30+215=245).
, fr. 25, (25+195=220).
geli, fr. 10, (10+255=265).
à F., fr. 10 ; E. Wehrli, fr. 20, (30+260=290).

Vaud. — Dr H. Secretan, fr. 25, (25+660=685).
Divers. — Legs de feu M. le Dr M. Schubiger à Uznach, fr. 2000, (2000+1953.70=3953.70).

Ensemble fr. 2160. Dons précédents de 1904, fr. 8153.70. Total fr. 10,313.70.

Vu l'absence du caissier du 15 juillet à la fin d'août, prière de ne pas envoyer de dons avant le 1er septembre. Le prochain accusé de réception sera daté du 15 septembre.

Bâle, le 1 Juillet 1904. *Le Caissier :* Dr P. Von der Mühll
Aeschengraben, 20

OUVRAGES REÇUS. — L. Moynac, de Bayonne. — Eléments de pathologie chirurgicale; huitième édition, 3 vol., petit in-8 de 624 p. avec 134 fig., 585 p. avec 100 fig. et 649 p. avec 127 fig. Paris 1903, Steinheil.

H. Roger, prof. agr. à la Fac. de Paris. — Introduction à l'étude de la médecine; 2e édit. Un vol. in-8 de 741 p. Paris 1904. C. Naud.

E.-F. Cyriax. — The elements of Kellgren's manual treatment. Un vol. in-8 de 505 p. avec 138 fig. Londres 1903. J. Bale sons and Danielsson.

Maurice de Fleury. — Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux. Un vol. gr. in-8 de 993 p. avec 133 fig. en noir et en couleur. Paris 1904, F. Alcan.

E. Bodin, prof. de bactériologie à Rennes. — Biologie générale des bactéries. Un vol. petit in-8 de 184 p. *Encyclopédie scientifique des aides-mémoires.* Paris, Masson et Cie.

C. Levaditi. — La nutrition dans ses rapports avec l'immunité. Un vol. petit in-8 de 200 p. *Encyclopédie scientifique des aides-mémoires.* Paris, Masson et Cie.

H. Labit. — L'eau potable et les maladies infectieuses, Un vol. petit in-8 de 202 p. *Encyclopédie scientifique des aides-mémoires.* Paris, Masson et Cie.

J. Valobra. — Policlono infettivo; contributo allo studio delle mioclonie. Broch. gr. in-8 de 24 p. avec des *Scritti medici publicati in onore di C. Bozzolo.* Turin 1904.

A. Mercier. — La variole et la vaccine à Bordeaux, pendant ces vingt dernières années 1882-1902; l'œuvre du prof. Layet et du Laboratoire d'hygiène de la fac. de méd. de Bordeaux. Broch. in-8 de 101 p. Bordeaux 1903, impr. Durand.

IX Bericht über den schweizerischen Centralverein von rothen Kreuz und seine Sektionen. Broch. in-8 de 78 p. Berne 1904.

Hôpital Pourtalès et Maternité. — Rapport sur l'année 1903. Broch. in-8 de 46 p. Neuchâtel 1904. Imp. Attinger.

Rechenschaftsbericht über das Zürcherische kantonale Irrenanstalt Burghölzli für das Jahr 1903. Broch. in-8 de 44 p. Wintherthur 1903. Impr. Biegler frères.

L'Œuvre médico-chirurgicale : 37° G. Lyon, Pathogénie et traitement des névroses intestinales, en particulier de la « colite » ou entero-névrose muco-membraneuse. — 38° Tuffier. De l'énucléation des fibromes utérins, avec 21 fig. Deux broch. in-8 de 44 et 27 p. Paris 1904. Masson et Cie.

R. y Abatuya. — Significacion patologica del colico hepatico; pathogenia. terapeutica. Broch. in 8 de 42 p. Madrid 1904. Admin. de la *Rev. de med. y. cirur. pract.*

Genève. — Société générale d'imprimerie, Pélisserie, 18.

— N° 8. 20 AOUT 1904.

UE MÉDICALE
UISSE ROMANDE

AUX ORIGINAUX

ifiés de la peau (épithéliomes calcifiés)
nome de la peau, primitif, multiple, calcifié.

ut pathologique de l'Université de Genève
le Dr Ermanno Chilesotti.

(Suite et fin) [1]

on qui se présente est celle des origines
rlerai d'abord des conclusions que j'ai pu
trois tumeurs que j'ai étudiées au moyen
le coupes. Je poserai ensuite les conclu-
néral, en les comparant avec celles avan-

l'état d'évolution des trois tumeurs était
ai examinées que l'on comprend imméerche de leur origine s'est présentée dans
défavorables.
bord que deux de mes trois tumeurs siémbaire; elles n'ont donc rien à faire avec
achiales, ce qui écarte pour elles l'opinion

pique des coupes fait également laisser de
étation de Bard, d'une lésion inflammatoire
guérie par calcification; dans nos tumeurs
nt rien qui pût autoriser cette supposition.
tre cas, rien ne permet de penser que ces
eur origine de l'épithélium (endothélium)
ns ou lymphatiques, ou des fentes conjoncisseaux manquent ou sont très rares, et,
ne présentent aucune altération, ni aucune
écrites par Perthès. Les cellules polygo-

[1] uin et Juillet.

nales n'ont pénétré dans
points très rares et en tr
tous les caractères d'une
qui n'a pu prendre son o
l'on admettait cette derni
expliquer dans notre cas
cylindriques tapissant les
défaut dans les alvéoles
jamais dans les plus p
devons donc aussi exclur
théliale » soutenue par P
jours complètement norm
n'y ai jamais trouvé aucu
observé dans les alvéoles
des débris de racines ou
n'est nullement autorisé
faisant provenir la tume

Les glandules sudoripa
normales; autour de la c
dans la première tumeur
que aisément par la pres
exerçait sur la peau et p
trouve quelquefois des dé
néoplasme, ce qui s'expli
capsule est de nature se
loin, les glandules peuve
le tissu conjonctif qui a
trouvées renfermées entr
De plus, j'ai trouvé des
conjonctivales qui parten
glandes étaient sans auc
se trouvaient parmi les a
forme du stroma; elles p
deur de la tumeur; souve
d'autres fois elles étaie
jamais, pas même au mo
n'ai pu trouver aucune f
lules carcinomateuses. L
sudoripare se trouvaient
cellules des alvéoles, on
cellules centrales du grou

les cellules périphériques, par contre, plus proches de celles des alvéoles cancéreuses, s'atrophiaient, se décoloraient, perdaient leur noyau ou disparaissaient ; elles présentaient enfin tous les caractères d'une nécrose ou d'une dégénérescence, mais jamais ceux d'une prolifération ou d'une métamorphose vers la forme des cellules cancéreuses. Ainsi donc, même l'hypothèse que la cellule pourrait tirer son origine des glandes sudoripares peut, dans mon cas, être facilement exclue.

J'ai porté une attention particulière à l'étude des relations de la tumeur avec les glandes sébacées, soit parce que le siège de la tumeur et l'apparence athéromateuse de quelques alvéoles m'avaient, dès l'examen macroscopique, donné l'idée préconçue qu'elle s'était développée aux dépens de glandes sébacées plus ou moins athéromateuses, soit parce que plusieurs des auteurs que j'ai cités, et surtout Malherbe qui avait pu observer le plus grand nombre de ces tumeurs, soutenaient qu'elles prenaient leur origine dans les glandes sébacées. Au premier examen microscopique, la présence des cavités kystiques pleines d'une substance pareille à celle des athéromes, et les nombreuses cellules sébacées disséminées dans les alvéoles m'avaient confirmé dans cette idée préconçue. Dans la description microscopique de mes tumeurs, en parlant de leurs rapports avec les glandes sébacées, surtout à propos de la seconde et de la troisième, j'ai rapporté les résultats de l'examen très minutieux et très complet que j'en ai fait à ce sujet.

Les glandes sébacées sont souvent en rapport avec les alvéoles de la tumeur, soit avec leur périphérie, soit avec leur centre, montrant cependant, chaque fois qu'on les suit par des coupes en série, des relations avec la périphérie des alvéoles et le stroma de la tumeur.

La seule exception est donnée par les masses transparentes, semblables à de la bouillie athéromateuse, qui peuvent se trouver isolées dans une partie plus ou moins centrale d'une alvéole, mais dans ce cas on peut facilement admettre que l'ancienneté du processus, dont témoigne l'état même de la masse homogène, a permis la disparition des rapports antérieurs.

En tous cas les glandes sébacées, quelle que soit leur position, ne montrent jamais d'évolution vers le type des cellules épithéliales, polygonales ou cylindriques qui constituent les masses néoplasiques, pas même lorsque leurs contours sont déchiquetés par les cellules, et que celles-ci sont mêlées aux cellules sébacées périphériques.

On a partout l'image cla
cancéreuses dans les district
plus ou moins nombreuses s
breuses dans la troisième
nuque, moins abondantes d
région pauvre en poils et
pression que les masses ca
envahi et comprimé les gl
différentes formes d'altérati

Là où les alvéoles sont
complètement de cellules cy
servées, les glandes qui se t
sont presque toujours sépar
couches, quelquefois excess
conjonctives; là où la prése
homogène, dans laquelle l
reconnaissables, et les dim
témoignent de l'état plus av
les fibrilles conjonctives limi
paru, et les éléments canc
sébacées périphériques; ces
leur petit noyau rond cara
noyau, parfois vésiculeux,
entourent et les séparent; le
se défait, se divise en pet
parmi les grandes cellules p
mélangées aux cellules séba
cancéreuses semblables à c
des alvéoles, ni suivre une
mières vers le type polygona

Quelques auteurs ont ava
gonales sont les cellules prin
que les cellules périphérique
morphose due à la compress
pas admissible dans mon cas
morphose régressive gradu
le centre des alvéoles, tandi
est de mieux en mieux cons
elles finissent en une couc
présentent aucune altératio
des cellules cylindriques en

ı observe en partant de la rangée de cel-
la couche germinative de Malpighi, et en
ıles crénelées. Les cellules sébacées sont
ées à des cellules carcinomateuses adultes
ɔrphose régressive avancée, et jamais à
.teuses dans le premier état de leur évo-

le que les parties les plus centrales des
dégénérées, parce que c'est là que la
ine (question que je me réserve de traiter
ı mode de développement du néoplasme),
ıe dans ce cas on comprendrait moins
ɜ eût pu rester reconnaissable au milieu
eux si ancien, si elle en avait été le point
véoles qui présentent un état encore plus
ıose régressive, état dont témoignent la
ɜ homogène qui occupe leur centre et le
ɔbserve dans les couches cellulaires péri-
ɔ sébacée qui y est éventuellement incluse,
at avancé d'altération dégénérative, elle
ıillie grasse mélangée à des détritus de
.s groupes de cellules sébacées plus ou
sant clairement comprendre que là exis-
:ée. Enfin dans les alvéoles, plus abon-
ne tumeur, où l'altération dégénérative
ɜ sorte qu'on ne trouve autour de leur
trois couches de cellules très altérées
ɜ athéromateuse, la glande sébacée est
et ne montre plus que quelques cellules
éunis rarement en groupes, disséminés
neleuse et amorphe.
ontre aussi que ces alvéoles sont les plus
omme on l'aura déjà remarqué dans la
.que des tumeurs, les travées du stroma
rale, d'autant plus minces que les alvéo-
ıt sont plus grandes et leurs cellules plus
fibres sont d'autant plus compactes et
ux que ces travées sont plus minces, et
sont d'autant plus nombreuses, serrées
ıtres et d'une grosseur qui témoigne du
évolution. Des travées très minces placées

entre deux alvéoles très rap
de simples cordons de fibr
fibres élastiques sont douées
dans tous les processus mor
chite fibreuse (Israël), elles
persistent longtemps dans
dégénérés ; il est donc évid
subi une compression par l
est resté comprimé et atrop

Je ne puis dire si, au dé
proliférant; l'âge des tume
nulle part les signes d'un te
travées du stroma, on trouv
cées normales ou comprimé
stroma dû à prolifération;
conjonctif ne s'est comporté
tion des masses cancéreuses
atrophie des travées de la
quefois jusqu'à leur complè
décrit à propos des cinq a
sième tumeur.

Il se peut bien que l'extrém
également par les autres au
même peu avancées ait fav
conjonctif à l'action compr
me semble qu'un processus
glandes sébacées, seulement
cause de leur composition dif
les cellules cancéreuses, ont
et, suivant le siège et le d
réagi ou en s'atrophiant con
la première et la seconde tu
façon semblable à l'athérom
et en quelques points de la s

Quant aux glandules pla
voit que là où celui-ci est p
primé, elles s'adaptent à l'e
alvéoles comprimantes; là
sont plus atrophiées, et sur
kystes semblables aux athé
tions kystiques sont plus pe

e, dans le tissu conjonctif, le transport
mposition de ces glandules était plus
dicules et des voies lymphatiques du
s l'intérieur des alvéoles ce phénomène
ıs, dans les alvéoles, les glandes étaient
dans toute leur masse, tandis que dans
›rimées entre des alvéoles différentes,
rées en petites parties émiettées, ce qui
plus facile l'absorption de leurs produits
où le stroma fibreux est plus compact,
quelques rares résidus de glandes, de
les plus ou moins altérées et fondues
s que j'ai déjà décrites comme pareilles
ntes dessinées par Malherbe (12, Plan-
Planche IV, Fig. 1). Je n'ai jamais pu
ur de ces glandes aucun début de néo-
ıse, soit de métaplasie de cellules, soit
véoles. Il me semble que ces faits suffi-
ameurs que j'ai décrites n'ont pu pren-
s glandes sébacées.

ération vient renforcer ma conviction.
éoles sont tapissées de cellules cylindri-
ervées et à noyaux faciles à colorer, et
les passages graduels entre elles et les
tjours plus altérées, qui forment la partie
oles; des considérations que j'exposerai
développement de la tumeur me font
cylindriques doivent être considérées
›rigine du néoplasme; or, je ne verrais,
nologique, aucune difficulté à admettre
›lasie des cellules des glandes sébacées
polygonales; par contre il ne me semble
er une transformation d'emblée d'une
ée en cellule cylindrique, et comme les
›es tumeurs sont précisément cylindri-
un nouvel argument pour exclure leur
ébacées.

épithéliaux de la peau normale, il nous
iner un dont nos tumeurs auraient pu
ations de la couche muqueuse de Mal-
s coupes sur tous les points de la sur-

nes tumeurs tournée vers l'épiderme, je n'ai jamais pu aucune communication entre la couche muqueuse de i et les tumeurs.

(33), qui a trouvé une communication de ce genre n troisième cas, dit que dans les autres tumeurs le le peut avoir disparu par la prolifération du tissu con- ous-cutané. En effet, en théorie, rien ne s'oppose à pposition, qui correspond à ce que dit Cohnheim sur les ns fœtales et Ribbert sur les inclusions *intra vitam*. es tumeurs, la couche de cellules cylindriques est pla- phériquement dans les alvéoles; ces cellules évoluent ype des cellules polygonales, comme celles qu'on observe couche de Malpighi; ces analogies que présente le déve- ent de la tumeur avec celui de cette couche m'engage- onc à admettre l'idée de Thorn. Il est vrai qu'au milieu oles la substance n'est pas cornée, que les cellules ne t pas par conséquent une évolution analogue à celle ules malpighiennes, mais il faut considérer qu'ici les ns sont différentes, que les cellules ne se développent une surface libre communiquant avec l'extérieur, mais restent dans une cavité fermée où elles subissent des ènes de compression et ne sont pas soumises aux mêmes es de milieu extérieur que les cellules cutanées. Il n'y a en d'anormal dans le fait que les cellules soient ici l'une métamorphose d'un autre genre, et qu'au lieu de fier, pour la plus grande partie, elles se nécrosent, et ent en une substance presque amorphe qui n'est ni cor- nyaline, ni colloïde, et qui me semble représenter un nécrose vulgaire.

autre côté la présence de quelques rares cellules cor- soit dans les couches les plus centrales des cellules ales, soit dans les formations semblables aux globes épi- ies, suffit à démontrer que les cellules conservent, mal- iversité du milieu, leur tendance primitive à la corni-

us, le peu de réaction du tissu conjonctif qui reste au e comprimé et atrophié, la croissance probablement t en tous cas le peu d'envahissement de la tumeur, e de métastases, etc., font facilement naître l'idée qu'il it pas d'une formation épithéliale atypique, mais du pement normal d'un tissu normal, qui n'a d'anormal

que la place où il se développe, et son mode de développement, parce que, bien que ses éléments soient des cellules épithéliales typiques et ne présentant aucune métaplasie, celles-ci finissent par se disposer de façon à produire la structure alvéolaire d'un carcinome et par envahir faiblement le tissu dans lequel elles siègent.

La théorie de Thorn semblerait donc pour toutes ces raisons la plus appropriée à expliquer l'origine de mes trois tumeurs, mais je n'ai aucune preuve positive qui m'autorise à l'admettre, je n'ai constaté aucune relation visible de la couche de Malpighi avec la tumeur, aucun point de grand rapprochement entre la tumeur et les digitations malpighiennes. Je ne pourrais donc en tous cas formuler cette idée que comme une hypothèse, et je le ferais si je n'avais pas pour m'y opposer les motifs suivants :

Les alvéoles de forme arrondie, nettement délimitées par le tissu conjonctif, laissent voir, surtout par la forme des plus petites d'entre elles et des moins métamorphosées, que nous devons considérer comme les plus jeunes, qu'elles étaient rondes à l'origine et que leur périphérie était complètement tapissée de cellules cylindriques; d'un autre côté le tissu conjonctif du stroma ne présente pas trace de prolifération; au contraire, comme je l'ai dit, il présente tous les caractères d'une atrophie par compression, résultant de son état passif sous la pression des masses épithéliales; il serait donc très difficile d'admettre que la tumeur eût été composée dans sa première période d'une seule masse développée aux dépens du corps de Malpighi, et partagée plus tard par une prolifération conjonctive, divisée en alvéoles rondes, dont chacune serait restée complètement tapissée de cellules cylindriques; dans une seconde période, les masses des alvéoles auraient proliféré, atrophiant par compression le stroma et arrivant par places peu à peu en contact entre elles, se fondant partiellement les unes dans les autres. Il ne me semble pas probable, même si l'on était disposé à admettre ce double processus, que les alvéoles eussent pu conserver une couche périphérique complète de cellules cylindriques. Je dois donc déclarer que la théorie de Thorn me semble peu propre à expliquer les origines de mes tumeurs, parce qu'on ne peut trouver pour elle aucune preuve affirmative, tandis que les déductions les plus vraisemblables lui sont contraires.

Je pense avoir démontré
admettre que nos tumeurs ti
mations épithéliales de la
contre, que tout serait expli
mer cette hypothèse, si l'
seraient développées de foye
conjonctif sous-cutané, « d'
épidermoïdales dans le tiss
de petites boules d'épithéliu
à propos de sa troisième hyp
ces inclusions se sont dévelo
contraire que dans mes cas
certain point à la fois exc
c'est-à-dire que les cellules
développées en élargissant l
que vers l'intérieur elles dor
évoluaient vers le type po
contribuaient, par leur mu
pression excentrique, la circ
phosaient anormalement à l'
nécrosant, soit par privation
de la pression concentriqu
autres masses cancéreuses v
vait ainsi comprimé par la
épithéliales se trouvaient
maient les unes les autres e
la fusion progressive de leu
que leur forme circulaire e
cependant une tendance ve
qu'elles affectaient des cont
vers l'extérieur. Les travée
polygonales qu'on voit dans
au centre des alvéoles (et qu
l'examen microscopique) ne
phériques de deux grandes
leur centre et fondues ense
glandes sudoripares et séba
loppement de la tumeur et
j'ai dit. Dans mon cas, je c
est la seule qui explique tou
tumeur, et que nul fait obse

pas de preuve positive établissant que
ı proviennent d'inclusions épithéliales;
rs difficiles, sinon impossibles à donner
e jeune qu'on suppose produite de cette
es auteurs disent ils avec Malherbe que
a a besoin d'être démontrée », mais le
ui l'appuient dans le cas présent, l'ab-
aires, l'exclusion de toutes les autres
ısqu'à présent, me déterminent à l'ad-
xplication de l'origine des trois tumeurs
eraient, selon l'opinion de Braquehaye
éléments normaux, mais isolés de leur
ıon des éléments morbides doués d'une
ce point mes conclusions sont analogues
eurs.

olent, à quelques particularités près et
lles décrites par R. Schultz (61; I. *Em-*
von Epidermis), qui a trouvé chez un
ı la cavité axillaire, deux petites tumeurs
lui, ne pouvait être expliquée que par la
s épidermoïdales fœtales. Dans ce cas
ıes étaient isolés les uns des autres, ne
re eux comme les alvéoles carcinoma-
s tumeurs n'avaient pas envahi les fen-
plasmes devaient donc être considérés
simples dermoïdes, mais l'auteur dit :
ation épithéliale de germes épithéliaux
pu se développer éventuellement plus
vie, s'ils n'avaient pas été enlevés, une
ıse *(carcinomatöse Bildung)* ». La des-
mes tumeurs est une confirmation de
arce qu'elle montre réalisée la transfor-
de proliférations épithéliales provenant
ı égarés.

qu'avec cette hypothèse il est difficile
le la capsule. Là-dessus je suis de l'opi-
la capsule est seulement secondaire; elle
ı voit que les lacunes qu'elle présente
on encore incomplète et non d'une des-
sement de la tumeur; en effet, la cap-
plus fibreuse et épaisse dans ma troi-

ımeur et c'est celle-là qui présente le plus grand
ent dans son développement et sa dégérescence et la
e calcification de ses masses, je n'hésite donc pas à la
er comme la plus ancienne; de plus, là où dans les deux
précédentes la capsule fait défaut, on n'observe aucun
ement des masses cancéreuses dans les faisceaux con-
capsulaires, mais au contraire les alvéoles sont bien
s par des fibres conjonctives moins compactes, pa-
ı tout à celles de la capsule, se perdant dans le tissu
if sous-cutané, et ne montrant aucune relation de con-
vec les faisceaux capsulaires. Tout cela démontre l'ori-
ondaire de la capsule, dûe comme le dit Thorn (33) « à
ction proliférative du tissu conjonctif autour des masses
ıses en voie de développement ».
mprend très facilement que le tissu conjonctif périphé-
la tumeur ait pu proliférer, tandis que celui du stroma
iait; en effet, ce dernier, pauvre en vaisseaux, et forte-
mprimé entre les masses consistantes de la tumeur, ne
ait pas dans des conditions aussi favorables pour pou-
gir que le tissu conjonctif enveloppant qui, grâce à
té des tissus voisins, se trouvait peu soumis aux effets
ssion, et était abondamment nourri par les nombreux
x situés autour de la tumeur.

s reste à parler du phénomène de la calcification de la
Est-il, dans les tumeurs que j'ai observées, un fait
el dû, comme le dit Malherbe, « à la spécificité des cel-
t de nature à faire placer la tumeur dans une espèce à

lcification est un fait très commun dans l'organisme, et
pathologistes sont d'accord pour affirmer qu'elle peut
ıire dans tout processus morbide ; il est tout-à-fait inu-
ouner des citations détaillées pour un fait si universel-
econnu ; je me bornerai donc à citer le chapitre magis-
t tout récemment par Dürck (40) sur la calcification, et
uel une revue détaillée et approfondie de la littérature
gique, démontre la fréquence de la calcification dans
processus morbides de l'organisme animal ; et on sait
tumeurs sont particulièrement sujettes à l'imprégnation

ıe le fait a une grande importance pour le sujet que je

ce propos les paroles de Zahn (39, p. 35,

dans l'histoire vitale des néoplasmes est
ɔ calcification et de crétification. C'est à
e de néoplasme dans laquelle ce pro-
ɔuvé. L'infiltration calcaire dans l'inté-
ouve soit dans les différentes espèces de
oit dans la substance intercellulaire et
ı des produits des cellules, comme par
nce hyaline et colloïde..... La calcifica-
le néoplasme que par places ou l'enva-
ɜnce de la chaux dans les tumeurs est un
ɜ, là où elle se trouve, il y a un échange
ı qu'aucune nouvelle production de cel-
alcification est donc la preuve d'un arrêt
parties néoplasiques envahies par elle, et
· pronostique. »
ı la calcification des tumeurs épidermoï-
suffit de rappeler combien souvent on la
ɜs dermoïdes des ovaires. Quant aux car-
héliomes vulgaires), Malherbe (30, p. 806)
possibilité de leur calcification, en disant
ɔbservé aucun exemple, mais d'autres
et étudiée comme Börst (37, p. 640) qui
de la peau lentement développés (*ulcus*
souvent vu l'atrophie et la calcification.»
faire à trois tumeurs douées d'une faible
ec une disposition marquée à la né-
phoses régressives ; dans le centre des
es se trouvent de grandes masses nécro-
s cellules, tout en laissant reconnaître
lonnent des signes indubitables de mor-
t quelquefois même déjà avancée. Con-
ilité avec laquelle les sels de chaux se
ɜme partout où s'est formée une substance
. aisément qu'une calcification abondante
os tumeurs, envahissant surtout la subs-
ɜellules mourantes. Toutes les coupes de
ent clairement que le phénomène de cal-
e, analogue à celui qui se présente dans
ıs morbides ; aucune spécificité des cel-

lules n'est nécessaire pour l
dans mon cas, l'hypothèse c
cellules » rendrait moins
calcification, parce qu'on
pourquoi il se produit surt
dans une masse nécrosée et
par conséquent, autant que
cificité.

Il est vrai que quelques c
vant se colorer, mais il se p
qui étaient suspendus dans
sont fixés dans sa substance
lules polygonales à noyau
que ce noyau peut être col
doué de propriétés vitales d

D'un autre côté la suscep
nous donne aucun critère
dans son ensemble; c'est ai
globe corné se détruit de
par les leucocytes, etc..... (
tous les éléments centraux,
lules perdent leurs contour
dire que la cellule soit vivan
quand elle n'a plus de prot
ment altéré. Les relations
d'une cellule nous sont enc
conditions du noyau seul no
vitalité de la cellule entière

Ajoutons que les méthode
aux recherches sur tous l
bien que suffisantes pour l'
jamais été appropriées à de
ble état du noyau cellulaire
faut user d'autres fixatio
moyens techniques en géné
ployés par Schmaus et All
Karyorrhexis. Ce n'est que
exactement à quel degré de
le noyau cellulaire bien qu'

Pour le moment, je me
les cellules calcifiées de me

r de la coloration du noyau, étaient
:ation plus ou moins avancé, parce
lans la zône des cellules plus ou moins
onflés ou vésiculeux ; parce qu'elles se
hes les plus intérieures, c'est-à-dire
s plus anciennes, tandis que les jeunes
ouches plus extérieures, et les cellules
s ne présentaient jamais la moindre
ant aux cellules dont le protoplasma
yau dénué de chaux se colorait très
on de la coupe, rien ne s'oppose à ce
le protoplasma était calcifié parce
ue le noyau n'était pas calcifié parce
. Déjà Malherbe l'a dit : « le noyau

s mes recherches et l'exactitude avec
r l'étendue et le degré de la calcifica-
mer que je n'ai pu être trompé ni par
par des altérations artificielles, parce
de fragments fixés dans l'alcool en
olorées avec l'hématoxyline de Dela-
ades seulement, ne peut dissoudre ni
e le dépôt calcaire, et laisse distinguer
prégnation par la chaux. Par contre,
n qu'employées pour des coupes non
oin d'alun, la cochenille d'alun, l'hé-
si cette dernière est suivie de la diffé-
dissolvaient en partie la chaux par
saient faire aucune observation vrai-
ns colorantes basiques, telles que la
hylène, etc., ne coloraient pas d'une
ux, et étaient encore moins démonstra-
e la calcification, que les coupes décal-
eux.

rois tumeurs, présentant la structure
thélia'es polygonales calcifiées dans un
ux, autorisent d'après Malherbe le
calcifié en entendant sous ce nom
omplètement distincte des autres », je
re histologique, ni aucun phénomène
puisse permettre cette classification à

umeurs que j'ai décrites ne sont que des carci-
a, calcifiés d'une manière secondaire, analogue
serve dans un grand nombre d'autres tumeurs,
romes, les myomes, les chondromes, les endo-
arcinomes (Dürck, 40, p. 97) l'*ulcus rodens*
0) les lymphangiomes, (Lewinsky (54), etc.
'ais pas plus autorisé à placer mes tumeurs dans
t, pour l'unique raison qu'elles présentent le
ı calcification, que je ne me permettrais de le
bercules calcifiés en opposition à ceux qui ne le
ır un thrombus, une gomme, un infarctus ou
processus pathologique éventuellement calcifié.
s savons sur la calcification, sur sa fréquence,
se présenter, m'oblige à la considérer comme
mes tumeurs un phénomène secondaire quel-
rant pas, en ce qui concerne sa valeur, pour dif-
ımeur, d'une vulgaire dégénérescence grais-
qu'un incident dans la biologie de la tumeur :
lles-ci qui, à cause d'une nutrition insuffisante,
ion, ou d'autres conditions défavorables, ont
erdu leur vitalité, ont été envahies par la chaux
l'observer dans un grand nombre de processus
t surtout dans toutes les espèces de tumeurs.
ıiter maintenant des causes qui provoquent la
masses nécrosées, mais cela nécessiterait une
ur cette altération. Dürck (40) dans son ou-
t et fort au courant des dernières recherches
(p. 87): « Sur les causes déterminant la calci-
ınmes encore très mal renseignés. » Pour Litten
ion dépend d'une modification de l'albumine,
ısée par la nécrose et amenant la formation
douée d'une grande affinité chimique pour la
que des recherches sur ce point nous entraî-
ı tout autre domaine.

concerne mes tumeurs en particulier, il ne me
aire remarquer que je n'y ai pas trouvé de cel-
ı m'attendais à en trouver, au moins celles de
à cause des masses calcifiées qui parsemaient
ı les recherches les plus approfondies ne m'ont
ıultat. Deux seules formations auraient pu me

un examen superficiel, parce qu'elles
s de protoplasma renfermant un certain
s j'ai reconnu avec certitude que les
es contenant de la substance kérato-
ellules altérées des glandes sébacées
les autres et dont les limites avaient

* * *

er les déductions d'un caractère géné-
l'étude de mes trois tumeurs, en les
ıi ont été étudiées auparavant.
la question de l'origine des néoplasmes.
Perthes (27) et en examinant ses des-
ne pas admettre que, dans son cas, il
ayant pris naissance des cellules qui
athiques et les capillaires sanguins. J'ai
Talherbe m'a écrit qu'il ne tenait pas
gine. Je me permets de croire que s'il
e le travail original de Perthes au lieu
serait laissé convaincre davantage par
pour ce qui concerne ce cas-là. Mais
e erreur de généralisation en voulant
ı tous les cas de tumeurs présentant
liome calcifié. Stieda (32), qui a fait
gine endothéliale de ce néoplasme, a
nière évidente que cette origine n'est
cas; elle est de même inadmissible
35) combat aussi la théorie de Perthes
tologiques qui rapportent aux épithé-
des cellules remplissant les alvéoles des
excluent pour elles l'origine par les soi-
ais en tous cas, il reste établi que le soi-
e endothéliome calcifié, peut prendre
endothéliums.
mettre en doute l'observation de Thorn
prendre naissance de la couche de Mal-
les dessins de cet auteur ne sont que
sitif, évident, sur l'authenticité duquel

nons n'avons donc pas à discuter. On ne pourrait pas même objecter que ce qu'il appelle le pédoncule de la tumeur pourrait être au contraire une réunion secondaire de la masse cancéreuse avec la couche de Malpighi, les réunions secondaires ne se formant jamais sur des points aussi isolés ni avec un trajet aussi long et aussi mince en même temps. Il suffit de lire à ce propos ce que dit Lubarsch (34, p. 308). Cette origine du soi-disant épithéliome calcifié semble donc aussi indiscutable.

D'un autre côté, dans l'observation IX de Malherbe (13) relative à une tumeur développée là où il existait un athérome ulcéré, il y a bien des probabilités pour que cette tumeur ait eu cet athérome pour point de départ et qu'elle soit donc d'origine sébacée. Dans mes tumeurs, au contraire, je crois avoir démontré qu'on ne peut pas admettre la provenance des glandes sébacées.

On est donc forcé d'admettre, comme le font observer très justement Von Norden (20) et Stieda (32), plusieurs origines différentes pour cette tumeur qui dériverait de différentes formations épithéliales normales ou incluses anormalement dans la peau. Vouloir ramener toutes ces tumeurs à un unique point de départ est une tentative impossible ; les faits démontrent pour plusieurs cas différents des orignes différentes.

Jusqu'à présent l'hypothèse que tous les épithéliomes calcifiés tireraient leur origine des glandes sébacées dans les cas de Malherbe, ne me semble pas, comme dit Perthes (27) suffisamment autorisée.

Je serais tenté de répéter à propos de l'opinion admise par Bard (28), que ces tumeurs résulteraient d'une inflammation des glandes sébacées guérie par calcification, les paroles de Malherbe (30, p. 806) : « Il est probable que M. Bard n'a jamais observé personnellement la tumeur que nous avons fait connaître ; il est impossible à un observateur qui a vu, de nier l'analogie morphologique entre elle et les épithéliomes vulgaires, et surtout d'en faire une affection inflammatoire.» Mais Reverdin (36, p. 8) dit que Bard après l'examen des coupes de sa tumeur garda sa première opinion. Jamais dans la description d'aucune des tumeurs publiées jusqu'ici je n'ai trouvé la moindre donnée qui puisse justifier pareille manière de voir.

Pour ce qui concerne l'hypothèse de Pilliet (22), il est bien vrai que quelques-unes de nos tumeurs sont en rapport avec le trajet des fentes branchiales, mais la plupart d'entre elles n'ont

e; cette relation de hasard ne suffi-
r origine.
arlant de ces tumeurs, ce que je pense
aye et Sourdille (29), et pourquoi elle
uer aussi l'origine des néoplasmes que
ion est du reste partagée par Linser
oint de naissance le plus probable pour
ons épidermoïdales qu'il dit « si fré-
ıjonctif sous-cutané. »
ue la tumeur qu'on trouve décrite sous
lcifié paraît avoir, suivant les cas, des
provient ou des glandes sébacées, ou
ılpighi, ou des épithéliums (endothé-
hiques et sanguines, ou, bien qu'on n'en
e, de parties épithéliales, ou de germes
-cutané soit pendant la vie embryon-
ıa différence des origines contribue à
e l'époque du début de la tumeur aux
ılus précoce au plus avancé, de 8 mois
ıle hypothèse des inclusions puisse suf-
de la tumeur à un âge quelconque.
ı, je la crois, avec Trélat et Lejard (15),
re. Certainement, dans plusieurs cas
e qui le démontre c'est que quelque-
e sectionnée qu'avec une scie ; mais il
vant les cas on a pu observer tous les
calcaire; je crois aussi que l'opération
presque tous les auteurs ont fait subir
xaminer, a empêché de pouvoir déter-
ent l'extension de l'imprégnation cal-
sible qu'on ait pris pour des cellules
ellules qui n'avaient pas subi cette altè-
ı cellules placées à la périphérie des
plus vivantes, à noyaux bien conservés
t été trouvées calcifiées que dans les cas
avancée envahissait presque toujours
ıe tumeur qui a une force proliférante
l'absence presque absolue de vaisseaux
ısses se développant à l'intérieur de la
ı dégénérescence et une mortification
talité minime, il est bien naturel qu'il

se produise une forte calcification et que le sels calcairess, en se déposant abondamment dans les parties non vivantes, puissent finir par envahir toute la tumeur.

D'un autre côté, il existe de nombreuses tumeurs, en tout identiques à l'épithéliome calcifié, et qui ne présentent pas trace de calcification. Linser (35) en a décrit une ; Malherbe (13) estime même que ces tumeurs peuvent ressembler en tout aux épithéliomes lobulés ou tubulés de Ranvier. On dit que ce ne sont pas des épithéliomes calcifiés précisément parce qu'elles ne contiennent pas de chaux, ce qui semble un cercle vicieux ; mais Malherbe affirme qu'elles ne se calcifieront jamais. Il me semble que l'on ne peut se permettre une affirmation semblable. Reverdin, par exemple, dit en parlant de son cas que le néoplasme resta pendant quelques années d'une consistance pâteuse (36, p. 1) et qu'ensuite il était devenu dur. Si donc il avait été extirpé pendant la première période, les partisans de la théorie de Malherbe auraient affirmé que ce n'était pas un épithéliome calcifié, et que par conséquent il ne le serait jamais devenu, tandis que dans la seconde période il a subi un processus de calcification ; il était donc devenu un épithéliome calcifié typique.

J'ai observé moi-même en 1901 à l'Institut pathologique de Münich un grand carcinome à cellules pavimenteuses de la portion vaginale de l'utérus (dont je conserve des préparations) qui était en tous points semblable à l'épithéliome lobulé de Ranvier, sauf qu'il présentait dans trois de ses innombrables alvéoles un petit îlot calcifié ; celui-ci ne pouvait se reconnaître qu'au microscope, et on y trouvait les cellules polygonales calcifiées que Malherbe déclare nécessaires et suffisantes au diagnostic de l'épithéliome calcifié. Ce carcinome existait depuis longtemps ; la calcification n'était que minime, et il est bien probable qu'elle était toute récente. Si l'on accepte la théorie de Malherbe, cette tumeur présente de grandes difficultés de classification.

Puisque la calcification est un phénomène qu'on peut observer très fréquemment et à tous les degrés possibles dans les tumeurs de toute espèce, et puisqu'on observe des néoplasmes en tout identiques à l'épithéliome calcifié, sauf qu'il y manque la calcification, et puisqu'enfin on peut voir des épithéliomes présentant toutes les phases possibles de la calcification allant d'un degré très faible, comme dans mes trois tumeurs, jusqu'à

ne dans ces cas de Malherbe où l'on
n stroma complètement calcifiés, il me
autorise à considérer la calcification
brentiel du soi-disant épithéliome cal-
e ne peut pas suffire à faire inscrire la
le à part.

, la calcification qui détermine la bé-
a me paraît inexact. Je pense que la
n dépendent d'une même cause, c'est-à-
de la tumeur causée par le manque
nte et par la rareté des vaisseaux san-
e la tumeur est bénigne et qu'en même
s autres carcinomes de la peau (épithé-
ut pareils à notre tumeur, mais doués
rce d'envahissement plus grandes, ne
diminution de vitalité ; par suite, ils
envahissants et ne se calcifient pas.

et même très probable, que les dis-
s malades, jouent un grand rôle dans
ion. Ne voit-on pas des tubercules, des
s calcifier chez certains individus, tan-
'autres, d'autres métamorphoses sans
r aucune différence dans l'individua-
ologiques ; les conditions générales de
avoir aussi une grande influence sur
omes de la peau.

ir à l'appui de la théorie de la spécifi-
liome calcifié, ce sont les deux cas de
Reverdin (36), l'autre communiqué à
dans lesquels la tumeur se reproduit
out de suite.

trop d'hypothèses à ce sujet ; il est
les cas pathologiques isolés qu'on n'a
ment et dont on ne possède pas de
mais on peut toujours affirmer que
que la calcification n'a pas d'influence
neur en question ; et puisqu'il s'agis-
ut identique à l'épithéliome calcifié,
la calcification, mais envahissante et
e maintenant à l'épithéliome calcifié
énignité qui permettait d'en faire une

à part. En tout cas, la rapide calcification elle-même de
ıeur récidivée ne nous oblige pas à admettre une spécifi-
es cellules qui les disposerait particulièrement à s'in-
r de sels de chaux, car rien dans l'examen microscopique
ɔplasme récidivé de Reverdin ne permet d'exclure le fait
dépôt calcaire se soit produit dans des cellules rapide-
développées et rapidement dégénérées et mortifiées ou en
le se mortifier. Dans ce cas aussi la calcification pourrait
'être produite comme d'habitude à la suite de la nécrose,
fois admise la dégénérescence rapide des cellules néo-
ues (si fréquente dans les tumeurs à croissance rapide
e dans ce cas récidivé), la rapidité de la calcification ne
ıt pas nous étonner, puisqu'on sait qu'à la suite de la
re de l'artère rénale par exemple, déjà vingt-quatre heures
le début de la nécrose par coagulation, on observe une
cation très étendue dans les épithéliums. (Dürck 40,

comprend d'autre part, que si une tumeur s'est calcifiée,
ıui se développe après l'extirpation de la première, à la
place, sur le même individu, a toutes les chances de se
er aussi, puisqu'elle se développe dans des conditions
ɡues à celles de la précédente, et suivra donc très proba-
ıt la même évolution.
pourrait peut-être invoquer l'existence des récidives pour
er l'opinion que j'ai avancée, que la première cause de la
cation doit être recherchée dans la faible vitalité de la
ısie, puisque le fait qu'une tumeur récidive, et surtout
apidement, semble témoigner d'une vitalité très grande.
objections possibles, je pourrais répondre que la tumeur
ive s'est développée très lentement (dans le cas de Rever-
lui a fallu sept ans pour prendre une extension de 10 cm.)
on peut expliquer la récidive par le fait que l'opération
réveillé l'activité d'autres foyers épithéliaux, inclus dans
image de ceux qui avaient donné naissance à la tumeur
ive; ou par le fait que, si la tumeur n'a pas été opérée
ètement, doute que Reverdin et Malherbe expriment pour
deux cas, il est bien possible que les parties de la tumeur
s sur place aient repris une nouvelle force proliferatrice
ıut de l'irritation opératoire.
i qu'il en soit, je pense, comme je l'ai dit plus haut, que
dans les récidives, la calcification s'est bien produite

ent développées, mais aussi rapide-
là naturellement que des hypothèses,
miner les tumeurs en question ; mais
seul fait des récidives, et les rensei-
Malherbe ont bien voulu me donner
pour affaiblir l'opinion que la calcifi-
vitalité de la tumeur, au moins dans
ifiées.
es mots sur les cellules géantes dont
et dont cet auteur semble considérer
aussi un caractère différentiel de
qu'il ajoute dans une note à la même
deux fois dans des épithéliomes ordi-
es cellules ne peuvent pas établir une
tre l'épitéliome calcifié et les autres
eur présence est assez commune dans
42) dans un travail assez récent où il
nière très claire les cellules géantes
trouvé 29 fois ces cellules sur 120 cas
la peau. Il est possible que dans les
es ait observées plus souvent, mais
actère constant ; en effet plusieurs
t je n'en ai pas trouvé non plus dans
ue j'ai examinées ; je ne m'étendrai
ni sur leur signification. Je me con-
uss (56) les a trouvées 10 fois sur
Audry (52) rapporte 7 cas d'épithé-
dehors de tout soupçon de tubercu-
un grand nombre de cellules géantes
tes ces tumeurs il n'est pas question
21, § 115, n° 9) parle des cellules
comme d'un fait commun et émet
eur origine. Mentionnons enfin des
lues à Virchow (4, p. 218, Bd. 2),
Taf. 10, n. 24), Eberth (57), Fried-
Unna (60), qui demontrent toutes, la
tes dans les tumeurs d'origine épi-
c la possibilité de considérer la pré-
e un critère différentiel de l'épithé-

sumant ce que nous venons de dire, nous voyons que:
rcinome de la peau décrit sous le nom d'épithéliome
n'a pas de caractère de nature à nous permettre de le
lans une espèce à part.
pas d'unité d'origine, puisqu'il peut prendre naissance
rentes formations épithéliales de la peau normale, ou
s épithéliaux inclus anormalement dans celle-ci.
'a pas d'évolution propre, puisqu'il évolue comme
carcinomes doués de faible vitalité, qui peuvent rester
ps stationnaires et même se calcifier.
pas d'unité d'évolution, puisque la calcification peut se
e dès le début, comme dans un grand nombre des cas
s par Malherbe, ou à une époque tardive, comme dans
de Reverdin; le stroma peut réagir en proliférant
cas 3; Malherbe, obs. 3, 11; etc.) ou rester passif et
ier (mes trois cas); la capsule enfin peut manquer
s, Malherbe, obs. 4), ou se développer soit secondai-
(Thorn, Denecke et mes cas), soit peut-être aussi primi-
t.
pas d'unité de marche clinique, puisque, tandis que
plupart des cas, il ne récidive pas, il peut récidiver
fois.
i les caractères secondaires, la prédilection pour le sexe
et pour le jeune âge ne peuvent être mis en avant,
on le faisait autrefois pour caractériser cette tumeur.
ir 54 cas observés sur 48 sujets et correspondant à la
n de Malherbe, on compte 23 hommes et 20 femmes seu-
pour 5 sujets le sexe n'est pas mentionné), 25 avaient
la vingt-cinquième année, et 18 seulement ne l'avaient
inte (l'âge de 7 reste inconnu).
l'unité de structure fondamentale n'est qu'une illusion
nt seulement du fait qu'on n'a jamais considéré comme
omes calcifiés que les carcinomes de la peau à cellules
résentant le type de l'épithéliome lobulé ou tubulé de
, et qu'on a exclu *a priori* de cette catégorie les nom-
tumeurs présentant une calcification plus ou moins
, plus ou moins rapide, par le seul fait qu'elles n'avaient
tructure histologique en question.
me reste donc qu'à conclure en citant ce que dit Trélat:

ié ne forme pas une variété spéciale, mais
ıt une manière d'être, de finir, de l'épi-
, qui, quelquefois, au lieu de se calcifier,
ıs voisins, et d'autres fois se mortifie à la
gangrène, d'autres fois enfin se calcifie.
rcinome de la peau, qui, éventuellement
ıvent le faire toutes les tumeurs qui con-
écrotiques ou en train de se nécroser ».

Genève, novembre 1903.

'ation radicale de la hernie ombilicale

Par E. Tavel
ır à la Faculté de Médecine de Berne.

toires de la hernie ombilicale sont assez
ne paraît pas près de se faire ni au point
ı de l'opération ni au point de vue de sa
juge d'après les derniers travaux publiés.
ı de chirurgie de Duplay et Reclus, résume
vue des non-interventionnistes dans les

ıs des cas tout à fait exceptionnels que
'écédents ayant échoué et la hernie conti-
ı volume, ou à cause des troubles fonc-
risé à recourir à une opération de cure

rave, ni difficile, mais elle laisse une cica-
ondément l'aspect de la région. En effet,
blent le sac étant très minces, on ne peut
r et l'on se trouve amené de la sorte à
ı ombilicale. »
tte suppression de la cicatrice ombilicale
re ; si oui, je n'hésiterais pas non plus à
e radicale que comme *ultimum refugium*,
ıbilic est fort laid ; si non, je n'hésite pas
xécution dans tous les cas où le port de

bandages appropriés n'amène p
l'opération ne présente, de l'av
danger.

Ma pratique de cette opéra
Berne montre qu'elle ne laiss
qu'elle est sans danger et que
nique que je vais indiquer est tr
en plus les parents demander qu
ter les bandages si peu commod

Avant de décrire le procédé q
faire un petit rappel de l'anator
et d'indiquer ensuite les procé
radicale.

Considérations

« Dans les premiers temps de
la paroi abdominale largement
à la plus grande partie des vis
l'orifice se resserre, les viscère
vers le troisième mois de la vie
qu'un orifice livrant passage à l
artères ombilicales. Lorsque, pa
ment, les viscères ne rentrent p
ils forment au moment de la na
par la membrane amniotique et
congénitale. Il faut bien la distin
nés, cette dernière étant en eff
ganes rentrés dans le ventre en

« Comment l'anneau ombilic
cavité utérine se dilate-t-il de
façon à donner passage à l'intes
la raison, d'autant plus qu'un t
pas, en général à s'opérer : les
enfants ont, en effet, une tendar

La raison de l'omphalocèle du
si difficile à comprendre ; pour
certs habituels des nouveau-nés
pagnent, on ne s'étonnera pas q

tout à fait fermé, le contenu abdominal tende à sortir par orifice et à le dilater.

Il importe de se rendre compte de la situation anatomi exacte de l'orifice herniaire.

La région de l'ombilic est caractérisée à sa *face cutanée* la cicatrice ombilicale, déprimée, la peau qui la forme mince, mais très résistante, le tissu sous-cutané est dépou de graisse de sorte que la peau est assez adhérente avec l neau ombilical et quelquefois peu facile à en séparer.

L'*anneau ombilical* est formé par un hiatus de l'aponév. qui constitue la ligne blanche ; c'est à cet anneau qu'aboutis les cordons fibreux résultant de l'oblitération de l'ouraqu des artères ombilicales qui s'insèrent au bas de l'anneau, ta que le cordon de la veine ombilicale adhère au bord supér et à droite de l'anneau. Normalement, cet anneau est virt c'est à dire qu'il est suffisamment petit et resserré pou livrer passage à aucun viscère ; on ne sent le hiatus qu'il fo que chez les tout jeunes enfants, plus tard il est impercepti L'axe du hiatus est transversal. Sous l'anneau ombilica trouve le *fascia umbilicalis* ; décrite d'abord par Richet, c lamelle fibreuse serait, d'après les études de Sachs, un ren cement du fascia transversalis et est adhérente au pourtou l'anneau ombilical et au péritoine qu'elle recouvre.

D'après les recherches de Diakonow et Starkow, ce fasc été trouvé dans les sept cadavres d'adultes examinés à ce p de vue, tandis que sur treize cadavres d'enfants il manq sept fois, était incertain deux fois et bien développé seulen dans quatre cas. Déchine a également étudié l'anatomie d région ombilicale et trouve que le fascia umbilicalis ne recou l'anneau ombilical que dans un cinquième des cas. Il cons que très souvent l'anneau ombilical est insuffisamment fe et laisse passer un diverticule péritonéal, qui serait la *disp tion anatomique* nécessaire pour la production des hernies o licales de l'adulte. Ces recherches expliquent le désaccord existe entre les auteurs à ce point de vue. La face interne d région ombilicale est formée par le *péritoine* très mince et a rent à la cicatrice ombilicale et au fascia umbilicalis.

L'anatomie du trajet ombilical n'a pas d'importance pou question, je la laisse donc de côté.

Etudions maintenant l'anatomie de la hernie ombilicale :

On a beaucoup discuté la question de savoir par quel end

de la région ombilicale sortait le contenu intestinal. D'aucuns prétendent que les hernies ombilicales se produisent à travers des éraillures de la ligne blanche (J.-L. Petit, Richter, Scarpa). D'autres (Cooper, Malgaigne, Cruveilhier) sont convaincus que c'est par l'anneau ombilical qu'a lieu la sortie des viscères et pensent que, si l'opinion contraire a été émise, c'est parce que la cicatrice ombilicale cutanée ne correspond pas au sommet de la tumeur, ce qui s'explique aisément puisque étant très adhérente, surtout au centre, les tissus céderont tout naturellement à la périphérie où le tissu sous-cutané est plus lâche.

La vérité est que la sortie se fait dans la règle par l'anneau ombilical, mais qu'il n'est pas rare d'observer, surtout chez l'adulte, la sortie des viscères par une éraillure para-ombilicale de la ligne blanche. Ce sont des *hernies ad-ombilicales de Gerdy*.

La position la plus fréquente de la hernie ombilicale, par rapport à la cicatrice ombilicale, est celle qui donne lieu à la formation de la tumeur au-dessus de la cicatrice, l'ombilic restant adhérent au bord inférieur de l'anneau, probablement à cause de la plus grande résistance due à l'insertion des trois cordons fibreux, vestiges de l'ouraque et des artères ombilicales. On voit toutefois aussi de temps en temps la cicatrice ombilicale rester adhérente au pourtour supérieur de l'anneau et la tumeur se former donc au dessous de l'ombilic. Si les faisceaux fibreux, restes des artères ombilicales, ont été entraînés avec le sac herniaire, ils le déprimeront en formant deux sillons qui limiteront trois lobes ; la tumeur prend alors la *forme trifoliée* dont parle Malgaigne.

Beaucoup d'auteurs prétendent que le sac est inséparable de la cicatrice ombilicale cutanée et se croient obligés d'exciser l'ombilic pour procéder à la cure radicale. Rien n'est moins juste. Si le cas se présente de temps en temps chez l'adulte, par suite d'inflammation chronique causée par le port de bandages, il doit être bien rare chez l'enfant où je ne l'ai jamais observé. Le tissu sous-cutané est, il est vrai, très dense, très peu lâche au niveau de la cicatrice et de ce fait le sac sera quelquefois à cet endroit un peu difficile à séparer mais on y arrivera presque toujours pour peu qu'on sache s'y prendre.

Le fascia umbilicalis au contraire est absolument adhérent à l'anneau ombilical et semble être son prolongement, il est complètement adhérent au péritoine en avant du collet, s'amincit

renforce toutefois encore le péritoine.
les hernies ombilicales que j'ai opé-
c'est-à-dire de l'anneau ombilical, le
nt à la paroi abdominale et se laisse
ller sur une certaine étendue.
cessaires pour la compréhension et
ratoire que je recommande.
u ombilical était représenté par un
a hernie ce hiatus est dilaté, mais
me de fente transversale ou d'ouver-
axe transversal. Quelquefois l'anneau
gitudinal.

ique des procédés opératoires.

némoire le procédé de *ligature* de
. Cette ligature faite en trois temps,
ance, aboutissait à une nécrose du sac
les jeunes enfants, était solide.
oitiés séparées du sac pratiquée par
s sans danger puisque le sac était lié
sfixion à l'aide d'une aiguille condui-
faisait la *ligature avec torsion préa-*
de bons résultats.
succès l'*écrasement linéaire* (voir de

ntre deux petites clavettes de bois
Celse, puis plus tard par Chicoum.
sous silence la méthode des *injections*
er a donné un excellent exposé, de
ns-cutanées.
ns les années 1860 à 1863, que l'opé-
tée d'abord par Lee qui fermant l'an-
d'une suture entortillée sur trois
qui après excision du sac faisait la
a longueur de l'anneau à oblitérer.
nmoins été précédés par Heath qui
cès une hernie ombilicale chez une
quant le sac, le liant et suturant la

peau par dessus tout en laissant sortir le fil de ligature du sac afin de faciliter son élimination. La statistique de Uhde qui date de la période préantiseptique (1869), fondée sur 122 cas, montre que la guérison tentée par les procédés sanglants était plus fréquente que la mort (65 cas guéris contre 57 morts).

Lucas-Championnière décrivait en 1875 son procédé d'excision de la peau et du sac herniaire suivie de suture de la paroi abdominale comme dans les laparotomies. Les succès obtenus ensuite par Nicaise, Polaillon, Rossander avec la méthode antiseptique élargissaient les indications de l'opération, qui aujourd'hui n'est plus réservée aux cas de hernies étranglées ou aux cas de grosses hernies et semble devoir être exécutée dans tous les cas où après les premiers mois de la vie le port de bandages appropriés n'a pas amené une guérison définitive.

La question se pose actuellement entre les interventionnistes s'il y a lieu ou non de faire une omphalectomie et quel procédé de suture du sac donne le plus de chances de guérison définitive.

L'*omphalectomie*, qui paraît avoir encore de chauds partisans, a été décrite d'abord par Keen en 1888 ; quatre ans plus tard Condamin décrivait son procédé qui consiste à faire : 1° L'ablation de l'ombilic par une excision ovalaire à grand axe longitudinal ; l'incision part de deux à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic et va jusqu'à la même distance au dessus de cet organe ; 2° la mise à découvert des intestins par excision du sac ; 3° la suture du péritoine et du feuillet postérieur des droits dont on a ouvert la gaîne longitudinalement ; 4° la suture longitudinale du feuillet antérieur des droits ; 5° la suture métallique de la peau. La méthode de Condamin a, d'après la statistique de Pott, donné les meilleurs résultats au point de vue de la guérison radicale.

Un an plus tard Bruns introduisait en Allemagne la méthode de Condamin en simplifiant sa technique par une seule suture de points séparés comprenant péritoine et paroi abdominale.

La même année Gersuny recommandait la suture transversale de l'anneau herniaire et en 1894 Ostermayer se servait du même procédé.

Steinthal (in Hiller) fait une excision longitudinale ou transversale de l'ombilic suivant les circonstances, dissèque le sac, l'incise, détache les adhérences, fait la réduction du contenu et excise les deux moitiés du sac à la base de l'anneau ; il suture l'anneau dans le sens vertical et la peau par dessus.

Dentu appliqué par Huguet se rattache
tes au procédé de Condamin.
ère emploie un artifice intéressant pour
médiane résistante: Il réunit le plus large-
ligne médiane la paroi par une série de
ecoupés. Ensuite il place de chaque côté
ainsi formée et bien résistante des points
e par dessus son premier plan de suture
une seconde ligne de réunion qui repousse
e. Si les tissus de la paroi viennent bien, il
manœuvre et constitue ainsi trois plans de

r plus de résistance, pratique un déplace-
droit et recouvre l'anneau ombilical.
enforcement de la région par la superpo-
orifice aponévrotique ; son procédé est très
ner une grande solidité à la paroi ; il peut
taines hernies de l'adulte, il ne l'est jamais
enfant.
kow font très justement remarquer que
ment transversal et le ferment par un lam-
oit.
une méthode analogue.
hernie par une incision elliptique, trans-
fascia autour de l'anneau herniaire, excise
adhérent, fait la reposition des intestins,
ux incisions latérales forme deux lambeaux,
; il sépare ensuite le péritoine du lambeau
suture du péritoine au catgut et suture
ponévrotique inférieur sous le supérieur,
fixé ensuite à la base du lambeau infé-
ération peut se faire avec des lambeaux

de une incision transversale qu'on fera
eau est très adhérente au sac (on laissera
au comprise dans l'incision elliptique en
on l'excisera avec lui). Après dissection
excise au dessus du collet et suture la porte
re coutinue à la soie.
de de suture de Kocher recommandés aussi
compte avec raison des dispositions ana-

l'hiatus ombilical, mais la méthode assez générale-
e d'ouvrir le sac constitue une complication inévita-
ai, dans beaucoup de hernies d'adultes où l'épiploon
sont souvent adhérents, mais parfaitement évita-
pération chez l'enfant où les adhérences sont fort

but que tend l'opération que je vais décrire et si
ainsi ce n'est pas crainte d'ouvrir un abdomen, per-
'en soupçonnera je l'espère, mais pour pouvoir opé-
et pouvoir plus exactement faire une bonne suture
Tous ceux qui ont opéré de très jeunes enfants
bien est malcommode la danse du ventre qui accom-
spiration et combien ce facteur joint à la poussée des
ut gêner l'exécution de la suture.

Procédé personnel.

n légèrement courbe de la peau sur le sommet de la
g. 1).
ombilic est au dessous de la tumeur, ce qui est la règle, la convexité de l'incision sera du côté de l'appendice xyphoïde ; si au contraire l'ombilic est au-dessus de la tumeur la convexité de l'incision regardera le pubis. Chez l'adulte et quand la peau est adhérente en suite

Fig. 1.

tion chronique, on fera l'incision elliptique recom-
Kocher.
tion du sac qui est séparé de la peau. On fait bien
cer par dégager le sac au pourtour supérieur, puis
es latérales avant de le séparer de la cicatrice ombili-
ive ainsi toujours, chez l'enfant du moins, à éviter
l'ombilic sans nécrose de la peau. Dans le cas où
i serait impossible en un point quelconque, je réséq-
ommet du sac en le laissant adhérent à la peau ; le
ensuite refermé avec une pince et l'opération conti-
d'ordinaire.
une fois bien dégagé, on commence par s'assurer

le contenu. Si, même par tor
ne rentre pas dans la cavité
net, on détachera les adhéren
e partie de l'épiploon qui y e
été ouvert pour la réduction
été nécessaire, on saisit le s
anneau ombilical est circons
médiatement à sa base, c'est
). L'incision ne devra porter

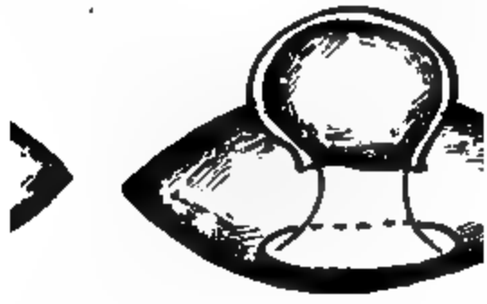


Fig. 3.

prendra pas le péritoine. Ce
e difficile à celui qui ne l'a pas
le. Le scalpel coupe le tissu f
n'est pas adhérent fuit deva
tionné, le sac fibreux forme su
nt le bas est constitué par d
met par un feuillet excessi
c le péritoine (Fig. 3).
c ne renferme plus de contenu
qu'à la
quand
l'épi-
risque
ences,
ent, le
partie
assu-
me un
le con-
sortes

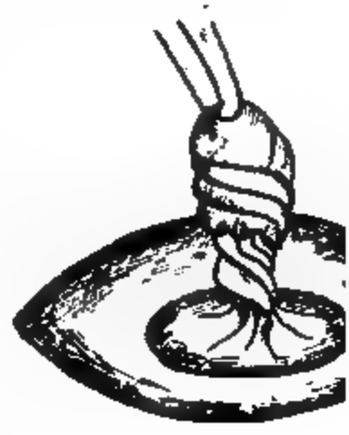


Fig. 4.

est dégagé (Fig. 4).
st maintenu tordu par un a
ou sans transfixion (j'ai procé

deux manières), puis il est sectionné au dessus de la ligature.

On voit alors au milieu de l'hiatus ombilical ovale le petit moignon formé par la ligature du sac péritonéal avec des plis en étoile qui en rayonnent.

Cette petite manœuvre a bien détaché le péritoine de la paroi abdominale adjacente et la suture se fera avec la plus grande facilité.

6° La suture de la paroi se fera toujours dans le sens transversal quand l'hiatus a son grand axe transversal. La disposition transversale de l'hiatus est une preuve que la traction se fait dans ce sens, or il serait illogique d'exposer la suture au maximum de traction possible en la faisant longitudinale. Si dans un cas spécial, que je n'ai pas encore rencontré, l'hiatus était longitudinal, je ferais naturellement la suture longitudinale.

Fig. 5.

Cette suture se fera par quelques points isolés, rapprochant les bords de l'hiatus sur une largeur de quelques millimètres. (Fig. 5). Elle suffit toujours, les procédés autoplastiques sont inutiles. La peau est ensuite suturée soit par une suture en surjet, soit par une suture à points isolés; affaire de goût.

7° Pour appliquer la cicatrice ombilicale au fond de l'entonnoir formé par la réduction et l'excision de la tumeur, on mettra un petit tampon de gaze vioformée ou d'autre gaze antiseptique et on empêchera la formation d'un hématome par un pansement légèrement compressif

J'ai opéré huit cas de hernies ombilicales chez l'enfant et un cas chez l'adulte avec la méthode de Kocher et dix cas chez l'enfant et trois chez l'adulte d'après ma méthode.

Je n'ai jamais observé ni nécrose de la peau, ni récidive. Tous les cas ont guéri par première intention.

La cicatrice opératoire est linéaire, souple, à peine visible au bout de quelques mois, l'opération n'entraîne donc aucune altération esthétique de la région.

Dans ces conditions on peut étendre beaucoup les indications opératoires.

Clottu, dans sa thèse sur la cure radicale des hernies chez l'enfant, basée sur nos observations à l'Hôpital des enfants jus-

Le traitement de choix de la hernie
e simple bandage de diachylon ; 2° Si la
n guérie à l'âge de deux ans, la cure
nt indiquée ; 3° Les résultats de cette
nts.
n qualité de pédiatre, ne sera pas soup-
ntionniste enragé, a dès lors encore
osées il y a trois ans et estime l'opéra-
les cas où après quelques mois de port
pas diminué, gêne ou même quand les
tion pour n'avoir pas l'ennui et la com-
nt les résultats curatifs sont incertains.
reste pas en arrière de mon collègue
cations opératoires.

X BIBLIOGRAPHIQUE

ration radicale de la hernie ombilicale. *Th. de*

La hernie ombilicale, *Journ. de méd. et de*

hernies chez l'enfant. *Th. de Berne*, 1902.
l'étude de la cure radicale de la hernie ombi-
Lyon, 1896.
on der Nabelbrüche. *Archiv für klin. Chir.*

operating for umbilical hernia. *Brit. med.*

nio-laparotomy, *Centralbl. für Chir.*, 1886, 10.
. *Deutsche Chirurgie*, Lief. 47.
en Bauchbruch. *Samml. klin. Vorträge*, 1890-

rationslehre.
de chirurgie. t. VII, p. 777.
guinal and femoral hernia, with a report of
ir., 1902, 10.
dlung der Nabelhernien. *Centralb. für Chir.*

arques sur la cure radicale des hernies ombili-
l. für Chir., 1899, p 244.
ur Frage der Entstehung und der Heilung der
entrabl. für Chir., 1899, p. 243.
e des hernies ombilicales congénitales. *Rev.*
p. 215.
ie bei der Radicaloperation der Nabelbrüche.

GERSUNY. Eine methode der Radicaloperation grosser Nabelhernien. *ntralbl, für Chir.*, 1893, 921.
OSTERMAYER. *Centralbl. für Chir.*, 1894, p. 97.
CONDAMIN. De la cure radicale des hernies ombilicales par l'omphalectoie totale et la suture à trois étages. *Arch. prov. de Chir.*, t. I, p. 693 et II, p. 325 et *Revue de Chirurgie*, 1893, p. 411.
POTT. Zur Prognose der Radicaloperation der Hernien. *Deutsche Zeitschr. r Chir.*, Bd 70, p. 556.
HILLER. Zur Operation der Nabelbrüche. *Beitræge zur klin. Chir.*, 1 22, p. 191.
KEEN. *Medical News*, Febr. 1888.
SAVARIAUD. Cure radicale de hernies ombilicales par un procédé de doublement. *Rev. de Chir.*, t. XXIV, p. 566.
HUGUET. Trois cas de cure radicale de hernie ombilicale chez des enfants gres. *Rev. de Chir.*, t. XXII, p. 822.
LE DENTU in Henri BRODIER. Quelques réflexions sur la cure radicale de hernie ombilicale. *Thèse de Paris*, 1892-1893, N° 225.
HARTMANN. La suture par doublement dans la cure d'éventrations larges de grosses hernies ombilicales. *Centralbl. für Chir.*, 1904, 706.
J.-L. PETIT. Traité des maladies chirurgicales, t. II, p. 250.
RICHTER. Traité des hernies, t. II, p. 164.
A. COOPER. Œuvres, p. 333.
SCARPA. Traité des hernies, p. 316.
MALGAIGNE. Anatomie chirurgicale, t. II, p. 245.
BICHAT. Œuvres de Desault, t. II, p. 290.
SACHS. *Archiv. für patholog. Anatom.*, t. CVII, p. 160.
UHDE. Beitrag zur Würdigung der Operation der Hernia umbilicalis. *Arch. r klin. Chir.*, 1869
KAIJSER. De l'incision et de la suture dans l'opération de la hernie ombiale. *Sem. méd.*, 1903, p. 84.
DÉCHINE. L'anatomie de la région ombilicale dans ses rapports avec la oduction des hernies. *Sem. med.*, 1902, p. 295.
MAYO. Further experiences witth the vertical overlapping operation for e radical cure of hernia. *Centralbl. für Chir.*, 1903, p. 1236.

Nouvelle phase de la question concernant les rapports fonctionnels entre rate et pancréas.

Par le Prof. HERZEN.

Résumé d'une communication faite le 2 juillet 1904 à la *Société vaudoise de médecine*

Vers le milieu du siècle passé plusieurs expérimentateurs ont abli, indépendamment les uns des autres, les faits suivants : Que le suc ou l'infusion pancréatiques ne contiennent de la ypsine que pendant une période nettement déterminée de

se congestionne fortement pendant
;estion; que ces deux faits se produi-
ent vers la quatrième heure après le
ıximum vers la septième heure pour
. et disparaître.
ıce, Schiff voulut savoir s'il y avait
tre la congestion de la rate et l'appa-
e suc ou dans l'infusion pancréati-
n de plusieurs méthodes, se contrô-
t suivant :
les chats privés de rate le suc ou
erdent la propriété de digérer l'al-
ıtiennent point de trypsine.
'ait en admettant que la rate prépa-
sables au pancréas pour préparer à

ıs tard que le pancréas ne forme pas
eptonisant, mais un *proferment*, le
dans le protoplasme de ses cellules,
de la rate, et qui est destiné à se
digestif, en trypsine.
a théorie de Schiff tombait; le dis-
: cela arrive souvent, s'étendit aux
éclara erronés. C'est là une manière
, antiscientifique; il fallait au con-
e théorie qui embrassât les anciens
ɔposai alors l'hypothèse suivante :
a rate ne pouvant plus être envisagé
a trypsine, puisque le zymogène se
épendamment de la rate, même chez
devait être envisagé comme l'*agent*
rène en trypsine.
ɔes pour étayer cette hypothèse et
ts :
ɔn de rate congestionnée à une infu-
ı (ou chez un animal dératé) et ne
.s, on transforme cette dernière du
: en trypsine, digérant immédiate-

Si à différentes portions d'une telle infusion pancréatique on mélange du sang artériel ou veineux, somatique ou splénique, seul le sang veineux splénique produit sur cette infusion le même effet que l'infusion de rate congestionnée.

Quelques années plus tard, Pachon institua une expérience qui était pour ainsi dire la synthèse de celles de Schiff et des miennes; il constata le fait suivant :

Si à un chien en pleine digestion, privé de rate, on prend une partie du pancréas pour en faire immédiatement l'infusion, on obtient un liquide *protryptique*, ne digérant que tard et peu; si alors on injecte dans le sang de ce chien de l'infusion de rate congestionnée et si on prend vingt minutes plus tard une autre partie de son pancréas, pour l'infuser comme la première, on obtient un liquide *tryptique*, digérant vite et beaucoup.

A ce moment se répandit dans la science une notion nouvelle concernant la formation de la trypsine : celle-ci ne se produirait jamais dans le pancréas vivant qui ne produirait que la protrypsine et la sécréterait telle quelle; c'est dans le lumen intestinal qu'elle se transformerait en trypsine sous l'action d'un agent nouveau découvert par Pawlow, produit par la muqueuse de l'intestin grêle : l'entérokinase.

Pawlow constata en effet qu'il suffit de mélanger quelques gouttes de suc entérique à du suc pancréatique inactif pour le transformer immédiatement en un suc très actif. Je pensai un moment que cet agent était peut-être un excès du produit de sécrétion interne de la rate, éliminé par la muqueuse intestinale, mais je retrouvai la kinase de Pawlow dans les infusions de cette muqueuse prise chez des animaux depuis longtemps privés de rate; il semblait d'après ces faits qu'il existe dans l'organisme deux agents chargés de transformer la protrysine en trysine active : l'un, le produit fourni par la rate, agirait sur le zymogène dans l'intérieur du pancréas vivant, l'autre, le produit fourni par la muqueuse intestinale, agirait dans le lumen de l'intestin sur le zymogène sécrété tel quel.

Ainsi s'expliquait l'innocuité de l'extirpation de la rate et l'utilisation aussi parfaite des albumines chez les animaux dératés que chez les normaux.

Delezenne reprit alors cette question et confirma tous les faits constatés par Pawlow; il étendit ses observations sur des lapins et des oiseaux et obtint le même résultat; chez les

reptiles et les poissons il fut obligé de recourir à la méthode des infusions; il reprit alors ses expériences sur les mammifères au moyen d'infusion. Il a fait ces infusions soit dans l'eau chloroformée soit dans l'eau fluorée (fluorure de sodium à 2 %). Il constata entre les infusions faites au moyen de ces deux véhicules une différence radicale : les infusions dans l'eau chloroformée avaient les propriétés bien connues des infusions pancréatiques; les infusions dans l'eau fluorée étaient toujours absolument inactives.

L'eau fluorée étant un puissant fixateur des leucocytes, tandis que l'eau chloroformée les laisse se désagréger, il en conclut que l'entérokinase est un produit des leucocytes que ceux-ci lâchent en se désagrégeant. Il a constaté en effet que les infusions de plaques de Peyer qui contiennent un très grand nombre de leucocytes sont beaucoup plus actives que celles d'autres parties de la muqueuse intestinale. Il a étendu ses recherches aux ganglions lymphatiques et a obtenu les mêmes résultats. Il arrive ainsi à la conclusion ferme que la kinase provient de la désagrégation des leucocytes. Or, nous savons que pendant la congestion de la rate les leucocytes s'y accumulent en très grande quantité et s'y désagrégent, à tel point que l'on parle de la *leucocytose digestive de la rate;* on voit que les recherches de Delezenne étendent seulement, mais n'infirment pas, le fait qu'il se produit dans la rate un agent transformateur de la protrypsine.

Delezenne a trouvé, en outre, qu'un flocon de fibrine *trempé dans de la kinase* se digère rapidement dans un suc pancréatique qui ne contient point de trypsine, mais seulement de la protrypsine; cela paraît assez naturel si on admet que la fibrine absorbe et fixe une certaine quantité de l'agent transformateur de la protrypsine, précisément comme elle fixe de la pepsine neutre ou de la propepsine et se digère ensuite dans l'HCl dilué; mais Delezenne l'explique d'une tout autre façon : le pancréas ne produit que de la protrypsine et c'est elle qui digère; la kinase ne la transforme pas, mais est indispensable, car elle *sensibilise* le corps albumineux, qui, sans cela, ne se laisse pas digérer. Est-ce là une particularité de la digestion pancréatique, ou bien devons-nous envisager l'HCl comme le vrai et le seul agent de la digestion stomacale des albumines et la pepsine comme leur *sensibilisatrice?* Mais ces questions d'interprétation n'ont pas une très grande importance et

radiction *de faits*, bien plus importante à élu-

étend que si on obtient du suc ou des infusions
ontenant de la trysine, c'est parce que l'on ne
s les précautions dont il a montré la nécessité
e plus ou moins considérable de leucocytes ont
;er. Il n'y aurait rien à dire si tous les expéri-
cédents avaient toujours trouvé de la trypsine
ıcréatique qu'ils recueillaient au moyen d'une
te dans le conduit de Wirsung, ou dans les infu-
; de l'eau, pure ou chloroformée, ou avec de la
. cela n'est pas le cas ; ils ont souvent obtenu
nfusions inactifs et cela non pas au hasard, mais
ions nettement déterminées : chez les animaux
tat de jeune, et chez les animaux dératés tou-
ant ils n'appliquaient pas les précautions pres-
par Delezenne ; d'autre part ils obtenaient des
; sucs actifs uniquement pendant la période de
splénique, soit de la quatrième à la neuvième
repas.

que sans nullement infirmer les faits constatés
et en admettant que tous les leucocytes puissent
ase capable de transformer la protrypsine, soit
ans l'intestin, cette transformation a lieu dans
ancréas vivant seulement sous l'influence de la
nt des leucocytes en train de se désagréger dans
tionnée; il est clair en effet que, s'il en était
rypsine ne manquerait pas dans le suc ou dans
réatiques d'animaux dératés. On pourrait à la
:s hasarder l'hypothèse que peut-être les cellules
rant n'admettent dans leur protoplasma que la
enance splénique ; cette hypothèse n'est peut-
ne; je la donne pour ce qu'elle peut valoir ; en
chercher une explication qui n'exclue pas une
dûment constatés, mais qui les embrasse tous;
être viable qu'à ce prix.

**sujet des leçons du prof. Dubois sur
psychonévroses**[1]

Par A. Mayor
eur à l'Université de Genève.

léjà qu'est paru le livre attendu avec
avaient pu apprécier la logique, l'élé-
es conceptions qui dirigent M. le prof.
ıtique qui lui donne de si remarquables
thes. Il peut paraître qu'il soit un peu
er ici. Cependant après avoir lu ces si
me suis senti désireux d'en entretenir
ue médicale de la Suisse romande, car il
ne peut ignorer aucun médecin contem-
artie de la bibliothèque de tout étudiant
ıt où il va se trouver aux prises avec les
ession. Précieux pour le spécialiste, ce
ble au praticien qui, par les temps de
aversons, le méditera avec fruit, à l'égal
sont, pour lui, les recueils de cliniques.
frères, qui y trouveront une aide au
uotidiennes et qui, j'en suis convaincu,
ur plus la valeur des enseignements
rendront-ils le sentiment particulier de
l ont lu ces pages, les hommes de ma
a il faudrait qu'ils eussent passé par les
es nôtres, et par les mêmes méditations
ns, ils en trouveront la trace dans les
ais en même temps qu'ils y rencontre-
lème posé.

les débuts de nos études médicales, nous
c'était surtout avec la préoccupation
e prendre pour de bons et francs états
s de maladies que nous offraient géné-
euses névrosées. Quant à la neurasthénie,

[1] *roses et leur traitement moral*. Paris 1904.

c'est vers la fin de nos étud
englobant dans une descript
que nous étions accoutumés
mun, et dont nous cherchio
tantôt là. La neurasthénie,
qui affirmait à M. Dubois s
de sa jeunesse, la neurasth
est de tous les siècles, j'a
répandue aujourd'hui qu'el
si l'on admet que, maladi
surtout par ce que l'on pou
faut avouer que l'âpreté act
hâte agitée avec laquelle on
plaisir, la fausse éducation
vité exagérée, justifient am
vosisme. Sans compter que
la psychonévrose est soigne
tion des ascendants, ainsi
auxquelles ils se soumettent

En même temps que les
science la notion et le term
aux recherches de Charcot,
d'une part sur l'hystérie,
d'hypnose. Entrainés tout
quentaient les névropathes
qu'il y avait d'artificiel dan
pétrière; et comme, du mên
vaux des hypnotiseurs, par
importance est l'élément su
sorte de vague crainte de l
Sans se rendre, peut-être, u
leur manière de faire, ils re
M. Dubois, à ces examens co
ils s'habituaient à formuler
dangereuse possible pour le
leur diagnostic rapidement,
surtout d'après les antécéd
nière de répondre de leur p
d'ajouter à la symptomatol
leur offraient leurs malades,
rogatoire même. C'est pour

bien se faisaient rares, dans le pays où ils
ablir, les analgésies hystériques, qu'à Paris
s si fréquentes.
ès quelques modestes et timides tentatives, la
ait à renoncer entièrement aux manœuvres
r tout dans l'habitude psychique de leurs
également dans les résultats des recherches
elles étaient l'objet de divers côtés, les con-
te pensée qu'ils étaient en présence d'êtres
té était en quelque sorte diminuée, et que
ersonnalité à une influence dominatrice étran-
ntraire du but curatif
ratif, comment l'atteindre ? Electricité, mas-
ie, thérapeutique chimique, tout réussissait
selon les cas. D'une façon générale les toni-
favorables aux névropathes, mais non point
rir à proprement parler. Et ces cures diverses,
issaient, pour combien, dans cette réussite,
et l'élément suggestion, et le fait que l'on
our un temps, le malade aux influences
s par son milieu ? Or ces influences, Charcot
démontré l'importance.
s nous débattions au milieu de ces réflexions
i qu'apparaissait, ici ou là, quelque théorie pa-
erchait à éclairer la genèse des états névro-
esquels nous nous trouvions quotidiennement
jour c'était des lésions ovariques, le lende-
organiques de l'appareil digestif, que l'on
causes possibles aux accidents neurasthé-
formes.
i fait dériver l'hystérie de troubles génitaux
le nom même de cette névrose. Nombreuses
les névropathes dont la santé s'est améliorée
ntion thérapeutique médicale ou chirurgicale
l'état physiologique leurs organes génitaux
d'une lésion définie ou présumée telle. Mais,
le la chirurgie abdominale, voici que se multi-
tomies doubles ; la dégénérescence microcys-
devenait une explication à nombre d'états
douloureux. Ceux d'entre nous qui avaient vu,
, et des autopsies complètes, avaient beau se

récrier, et faire observer qu'on se
coïncidence, que l'on châtrait des
modification ovarienne si fréquen
considérée comme pathologique ;
comme des esprits essentiellem
d'ailleurs, les regarder de même
prétendre que l'estomac humair
une cornue, et que dans les troul
que ainsi que dans leur traitemer
delà de la couche glandulaire.

Cet estomac, du reste, il n'alla
prépondérant dans la genèse des
ne pouvaient-ils dériver parfois d'
thèse était séduisante, d'autan
venaient d'invoquer l'influence d
l'éclosion des états hystériques.

Presque simultanément Gléna
des splanchnoptoses et la coexist
neurasthénie. Indubitablement, p
cidence d'un estomac abaissé o
ples, d'un intestin en forme de co
que. Traités par l'hygiène gastr
bre de nerveux se trouvaient mie
guéris. Mais combien d'entre eu
à proprement parler, restaient d
continuelles rechutes ! Combien
thérapeutique n'éprouvaient auc
pathologique et séméiologique de
lesquelles on avait attiré notre a
modifications organiques demanc
que qui leur fût personnelle ; ma
point la cause originelle de l'éta
vaient-elles l'aggraver, ou maint
dans le cercle vicieux duquel il
Décidément il fallait chercher au

On nous avait proposé déjà
A coup sûr, en engraissant un né
et son estomac. Mais, nous venon
point être la circonstance qui
Maintenir étendu un épuisé, moy
accidents neurasthéniques parais

, car la fatigue extrême est, à elle seule,
au moins passagèrement, le syndrôme neu-
es autres, ceux qui ne s'étaient jamais fati-
oint amaigris, par quel procédé la cure de
ait-elle les influencer ? Il y avait bien, pour
e explication que donnait un médecin de ma
Veir-Mitchell, c'est le cabinet noir de notre
a grande enfant qu'est l'hystérique. Elle s'y
préfère guérir plutôt que d'y rester, et
utôt que d'y retourner. Boutade ! et donnée
ours.

Il réalisait cependant d'excellentes condi-
r de l'esprit de son malade, pour lui suggé-
i ordonner presque la guérison. Nous retom-
ggestion, mais dans la suggestion à l'état de
reuse celle-ci, et moins débilitante pour la
alade. Mais encore, malgré les succès pre-
lgré la rapidité et la simplicité d'action du
ncomplète paraissait cette thérapeutique, et
palliative. L'examen attentif du neurasthé-
rique, nous le montre toujours et si peu que
ental. Ce débile, qu'on le puisse remettre sur
pas, qu'on puisse le convaincre pour un
ssi fort qu'un autre, cela ne fait pas doute.
a ce relèvement ? jusqu'au prochain caillou
nutes, le plus souvent elles demeurent igno-
car on ne retourne pas à lui ; c'est le méde-
i connaît, et elles sont forcément fréquentes.
ner ? M. Dubois nous fait observer incidem-
lucation des enfants : « l'autorité, la puni-
t intervenir à certains moments pour modi-
mais, ajoute-t-il, chacun reconnaîtra que
ive est infiniment préférable, qu'elle seule
alité durable, vivace, capable de survivre à
rs passagère, que peuvent donner les pa-
t de même pour ce qui regarde la sugges-
arée à la persuasion, à la rééducation de la
venir nous hante, de ces guérisons apparentes
noyens purement physiques combinés à la
tive, relisons et méditons ces paroles de
évrosé n'est pas guéri, alors même qu'une

ıysique a amené une grande amélioration, s'il a conservé ıtalité phobique, ses vues fausses sur les rapports de à effets, s'il continue à vivre d'une vie de valétudinaire, s attentif à éloigner de lui les influences qu'il juge, à ɔcives... Il faut, avant tout, le débarrasser de ses craintes et le rappeler à la vie saine. »

cela il est nécessaire de regarder au-delà du but que proposait autrefois et de ne point se contenter d'une gué- n quelque sorte symptomatique, d'une disparition du ıène gênant, mais de tendre à amener, au contraire, un ment profond dans la mentalité de son malade.

. exactement ce que l'on cherche à faire maintenant, me ɔus, puisque la thérapeutique moderne du nervosisme rééducation de la volonté. Rééduquer la volonté ? Non oteste M. Dubois. C'est sur la raison seule que nous pou- ;ir, c'est elle uniquement que nous devons redresser.

ffet, c'est là le caractère de sa méthode psychothéra- ce qui en fait, vis à vis des maladies d'essence psychique, ıpeutique la plus parfaite que nous connaissions. L'en- sme, le mot n'est pas trop fort, dont, à la lecture des sur les psychonévroses, se sent transporté le médecin ıassé par les hésitations que je viens de raconter, cet ɔiasme n'est pas fait seulement de ce qu'il sent tenir tion d'un problème que la pratique de son art rappelle jour à son attention. Il résulte surtout de ce que, s'il y onds d'empirisme, d'heureux hasard, sous la méthodi- du procédé qui nous est proposé, ce hasard a servi un le taille à comprendre ce qui se passait devant lui, à r les résultats obtenus, à démonter, en quelque sorte, nos yeux, le mécanisme capable d'amener les guérisons es par les observations que nous lisons.

pression que nous ressentons, elle devient, dès lors, ıe à celle que nous éprouvons, lorsque, nous occupant édicament chimique, la conscience vient à s'établir en ıe nous avons pénétré, pour une bonne part, si ce n'est ment, la pharmacodynamie de ce médicament, que nous xpliquons ses effets thérapeutiques, enregistrés jus- s, par le pur empirisme ; que nous allons pouvoir inter- ıar son moyen, en toute connaissance de cause. L'arme paraît non pas seulement dans ses effets, mais dans la e dont elle les produit. Apprendre son maniement n'est

routine, c'est œuvre d'intelligence ; ce
ıs sûr, plus correct, les résultats obte-
applications plus nombreuses.
odynamie des actions psychiques, elle
partie dans une étude philosophique
ı justifie excellemment lorsqu'il nous
t tous les jours, inconsciemment ou
orale que nous exerçons sur nos ma-
re d'apprendre à bien connaître l'ou-
Le médecin qui réfléchit, écrit-il,
sur son chemin, les problèmes de la
la responsabilité. Si le souci de faire
ɜcrıre des médicaments, suffit à rem-
ut éviter ces troublantes réflexions. Je
jorité de mes confrères éprouvera le
ıns l'analyse... Beaucoup s'arrêteront
a raison et le sentiment, mais tous,
ɜ'intéresser à ces sujets, et je serais
lexions restassent sans influence sur

ıbois, elles, l'ont amené peu à peu à
açon dont il agissait sur le psychisme
ui est du côté philosophique de cette
ɜ, nous dit-il, de partir d'un point de
déterminisme. Certes, hommes de
qu'être d'accord avec lui sur ce point.
e déterminisme, qui nous conduit si
paraît hors d'état d'offrir une base
ɜ psychothérapie, à toute rééducation
du malade, du dévié, de collaborer à
redressement moral. Une fois l'œu-
ıéditée, on conçoit plus aisément que,
ortées du dehors, ou des motifs d'or-
ıés par le désir en motifs d'action,
en quelque sorte détournées du sens
oncent habituellement, pour prendre
ıers, ceci parce que sera intervenue
(dans l'espèce le médecin), qui aura
le vers d'autres horizons que ceux
amené à considérer certaines ques-
au. Le laissant alors raisonner à partir

de ce point de vue différent, ou
lui, l'on pourra conduire son
jusqu'alors n'avaient point ab
introduit dans son intellect d
étrangers, motifs qui, par la s
cette sorte de réflexe supérie
résultat acquis, l'influence per
raître. Il a élargi l'horizon in
rendu attentif à certaines er
étaient nuisibles. Que par la s
dans ces mêmes erreurs, nous
à coup sûr la rechute est moi
grave que lorsque l'agent cur
pérative ou même le fait plu
appel à une résurrection de

Au reste, comme le fait rem
tive de rééducation de la volon
à une grave difficulté. La psych
être d'intensité telle qu'il vous
lez que je la cultive, que je la
que ce qui existe, or, c'est ju
défaut, et cela totalement. Je
rectifie M. Dubois; philosophiq
le sens que vous lui attribuez
que l'on peut faire abstraction
votre faculté de raisonner. Cet
chaque jour au sujet des actes
raisonnements que je vous den
pliqués que ceux qui vous ont
dans le monde, à diriger vos af
vos plaisirs ou votre toilette.

Telle est la base philosophiq
pie que pratique M. le prof. I
d'une façon forcément très in
surgerait contre ces conceptio
des pages si intéressantes que
monstration. Pages un peu brè
teur a craint de donner à ce
titre de l'ouvrage n'aurait, au
fier suffisamment. Nous aurion
clamer ici quelques développe

est erroné de se sentir esclave et impuis-
r aux fatalités créées par l'hérédité et par
l'on est enfermé dans le cercle de la doc-
ous n'ignorons pas que M. Dubois nous
r quelques renseignements complémen-
ons sur les psychonévroses ne pouvaient
ée ni toute son expérience. Nous saurons
non sans impatience.

ant à quels états morbides est applicable
sychique. Par définition, pour ainsi dire,
eurasthénie et à l'hystérie, c'est-à-dire à
nant au vaste groupe des névroses.

me névrose est toute négative : affections
sans lésions connues. De ces névroses,
rver M. Dubois, nous laissent l'impres-
me raison d'être une lésion qui ne peut
t à nos recherches. D'autres, au contraire,
mme répondant à un substratum anato-
ible à mettre en lumière. Or, tandis que
emières l'influence psychique est nulle en
, l'étude attentive des secondes, qui nous
e dans leur genèse, nous la fait retrouver
dans leur thérapeutique. Certes un épilep-
crises particulièrement fréquentes si on
litions de surexcitation psychique habi-
re, tous les raisonnements du monde ne
tomber du haut-mal ; tandis que, sous
, et sans l'intervention d'aucune médica-
, une hystérique pourra cesser de couvul-
ors de propos.

M. Dubois, cela va de soi, la cellule ner-
que, comme celle de l'hystérique, n'est
male, typique. Sans quoi, réagirait-elle
extraphysiologique ? et sans quoi, ajoute-
les états névropathiques s'accompagne-
ment de ce que l'on a appelé les stigma-
?

ur M. Dubois, l'importance de ces stig-
Peut-être en relisant les énumérations
ejerine, serons-nous d'accord pour nous
cidément c'est trop : c'est l'énumération

de toutes les débilités humai
morales... » Mais je crois bien
c'est la notion de *dégénérescenc*
« le mot de dégénéré marque t
fatale » (p. 240). Si l'on adop
pondant à ce fait très réel que
des manifestations extérieures
plus, à un état spécial du sy
se traduit par une mentalité p
que nous sommes accoutumés
crois que M. Dubois ne serait
tain intérêt aux stigmates de d
sont les stigmatisés, mais ne
sur les psychonévroses : « Nou
ou dans l'autre des débiles
se flatter de posséder l'équ
toutefois de mesurer l'importa
la déviation somatique apparei
qu'il existe des malformation
conserver la simple dénominat
nitaux. tout en notant leur co
stante avec des déformations i
vité extrêmement variable.

En tous cas la modification
ser dans la cellule nerveuse de
qu'elle peut être compensée, e
tion particulière. Il s'agit donc
Leur donner le nom de psycho
mologiquement. Mais ce terme
les névroses dont nous nous oc
psychoses, leur gravité, leurs
sont fort différentes. Aussi M.
mer psychonévroses.

Ces psychonévroses ne réalis
cliniques que nous étiquetons
et hystérie ? Avec infiniment d
attention sur le fait qu'il est
limite entre ces deux psychoné
prement dites qui ont reçu les
condrie. Il est à coup sûr d
driaques qui ne relèvent que

s'améliorent ou se guérissent sous l'influence de ces mêmes procédés thérapeutiques qui relèvent et transforment le neurasthénique. D'autre part ne serions-nous pas tentés de faire des psychoses, de ces états morbides cités par M. Dubois où nous voyons, dans le cœur d'un fils, d'un fiancé, les sentiments d'amour remplacés brusquement, et sans raison aucune, par la répulsion ou la haine ? Et cependant ces troubles, si profonds, des facultés affectives, ils vont disparaître sous nos yeux, et définitivement, par l'intervention de la simple psychothérapie.

Nous touchons du doigt ici la difficulté qu'il y a à tracer nettement une limite séparative entre les psychoses et les psychonévroses. Rien d'étonnant à cette difficulté d'ordre nosographique, dirons-nous avec notre auteur. Lorsque nous classons les affections organiques nous sommes guidés par une anatomie pathologique connue, souvent aussi par une pathogénie définie. Aussitôt que nous entrons dans le domaine des affections d'ordre psychique nos procédés habituels d'étude nous font totalement défaut. Soit dit sans vouloir offenser personne, nous nous en apercevons en feuilletant comparativement quelques traités de psychiâtrie. Le fait se comprend de soi et se répète dans le domaine des psychonévroses : combien sont artificielles et subtiles les distinctions que l'on a voulu établir entre la neurasthénie et l'hystérie. Et cependant à l'ouïe de ces deux mots se reconstituent dans notre esprit deux tableaux cliniques fort distincts.

Qu'on lise les chapitres que M. Dubois consacre à ce côté de la question. Le sens clinique et l'esprit philosophique s'y sont merveilleusement associés pour donner une idée exacte de ce que doivent être nos conceptions médicales à ce sujet. On y verra l'explication de l'anomalie apparente offerte à nos yeux de pathologistes par ce bloc cohérent, en contact d'un côté avec cette santé morale parfaite, idéale, si rare qu'aucun de nous ne peut se vanter de la posséder, se continuant à l'opposé sans limites bien précises avec ce que l'on est convenu d'appeler la folie, bloc au sein duquel il est impossible de reconnaître des subdivisions absolues et légitimes, tandis que d'autre part il y apparaît des groupements symptomatiques qui semblent mériter des dénominations spéciales, et qui les méritent en effet, en ce sens, que nous évitons par leur moyen, nombre de circonlocutions inutiles.

Ces états de nervosisme auxquels nous réservons le nom de

psychonévroses, éclos grâce à l'action d'un ordre de causes toujours le même, et sur des terrains présentant des prédispositions identiques, ils possèdent, à côté d'une symptomatologie si variée que le plus simple est d'en dire qu'elle est capable de tout simuler, un quadruple caractère commun : leurs victimes sont *fatigables, suggestibles, sensibles, émotives* à l'excès. Toutefois l'on peut dire, fait remarquer M. Dubois, que ce qui domine chez le neurasthénique, c'est la fatigabilité, chez l'hystérique la suggestibilité, celle-ci se prononçant plus encore dans le sens de l'autosuggestion que de l'hétérosuggestion. Cette différence entre la neurasthénie et l'hystérie, ajoute notre auteur, elle dépend, semble-t-il, d'une tendance plus accentuée pour l'hystérique, à manquer de sens critique. A côté de la femme, c'est l'enfant, alors que sa place est encore au gynécée, c'est, parmi les hommes, ceux dont l'esprit montre une certaine féminilité, qui réalisent le type hystérie.

Où l'unité du bloc dont nous parlions tout à l'heure se retrouve parfaite, c'est vis-à-vis de la thérapeutique. Cette thérapeutique, affirme M. Dubois, *puisqu'elle doit s'attaquer à des affections d'essence psychique, elle ne peut être que psychique.* Non pas qu'il méconnaisse l'utilité de s'occuper du physique du névropathe : « La tâche du médecin, comme celle de l'éducateur », se résume-t il quelque part, « c'est de constater la *mentalité anormale*, d'en rechercher les causes *morales ou physiques*..... » Mais, au premier abord, les passages dans lesquels il reconnaît cette utilité peuvent demeurer inaperçus. S'il écrit que la débilité mentale est physique dans son essence, « car qui dit constitution mentale, dit aussi structure cérébrale »; s'il ajoute : « Ce défaut peut même être d'origine humorale, car l'état du sang peut influer sur notre mentalité », ce qui le préoccupe avant tout, on le sent, c'est de mettre en lumière combien l'on a fait fausse route en s'adressant aux voies digestives ou aux organes génitaux des névrosés, en cherchant à les soustraire à des autointoxications encore hypothétiques, en supposant que remplacer par les glycérophosphates ou la lécithine, les phosphates minéraux de nos pères, mettrait en fuite la neurasthénie. C'est, il est vrai, dans le sens de cette démonstration que devait être dirigé son effort principal ; et vis-à-vis de la place importante qu'il lui accorde, certaines petites phrases peuvent échapper à l'attention, où se dénotent le clinicien remarquable et l'esprit largement ouvert qu'est ce

spécialiste en neurologie. Nous le voyons insister, cela va sans dire, sur l'importance d'établir, par un examen attentif, un diagnostic précis; de ne pas, hypnotisé par la psychonévrose supposée, laisser échapper les signes d'une affection organique qui demanderait à être traitée pour elle-même, mais surtout il note expressément le fait que, à côté de la psychonévrose, il est utile de considérer l'état général organique. Peut-être nous, qui ne sommes point spécialiste, attribuerions-nous une plus grande importance encore à ce dernier point. Nous ne pouvons oublier que, quoique la chlorose ne soit point génératrice d'états neurasthéniques ou hystériques, elle détermine des phénomènes nerveux qui cèdent exclusivement à l'effet du fer; qu'elle aggrave les états psychonévrotiques, et que l'amélioration produite par le traitement martial est parfois suffisante pour rejeter dans l'ombre, aussi bien dans l'esprit du malade que dans celui du médecin, les stigmates de la névrose. Nous nous rappelons aussi que les intoxications urémiques minimes se manifestent par des symptômes névropathiques. Que sont, pour la plupart, les petits signes du brightisme, sinon des manifestations communes à nombre de névrosés? Nous songeons aussi à l'amyosthénie et aux algies qui attirent notre attention sur la possibilité d'un diabète méconnu. Nous nous rappelons encore les sensations spéciales du goutteux en imminence de crise, de l'eczémateux qui médite une poussée. Enfin revient à notre mémoire l'histoire de tel délirant interné dans un asile spécial, et qu'un traitement médical ou chirurgical a ramené dans son état intellectuel normal. De ces exemples, j'en passe, et non des moins intéressants.

Mais, disons-le bien haut, si nous sommes enclin à voir un peu plus importante qu'il ne semble résulter de l'étude de M. Dubois, cette influence, qu'il admet pleinement, du physique sur le moral, il n'y a là qu'une nuance, et, dans la pratique, elle se montre légère. En effet, nous n'oublions pas que, si l'insuffisance de valeur du sang, si les poisons que charrient les humeurs, si les cœnesthésies ayant pour origine certaines lésions viscérales, sont capables de provoquer l'éclosion d'accidents d'essence psychique, c'est que le terrain est préparé. Ne délire pas, ne convulse pas, ne fait pas de l'asthénie qui veut. Pour prendre un exemple en dehors des anomalies de la mentalité, il suffit de rappeler l'éclampsie infantile pour rendre sensible à l'esprit la valeur de la prédisposition héréditaire dans

l'apparition de symptômes d'ordre nerveux. A plus forte raison cette prédisposition entre-t-elle en jeu lorsque les syndrômes sont de nature psychique. Il faut être neurasthénique ou hystérique en puissance pour le devenir un jour en action sous l'influence apparente d'un choc moral ou d'un désordre physique. Affirmons-le donc nettement, avec M. le prof. Dubois : « il n'y a pas lieu de reconnaître des psychonévroses acquises, nées, plus ou moins rapidement, sous l'influence du surmenage, des émotions, des traumatismes, d'altérations lentes des organes, provoquées par des tendances diathésiques ou des intoxications » (p. 182).

La tâche du médecin qui aura vu disparaître tel phénomène névropathique sous l'influence d'un traitement purement médicamenteux ne sera donc pas terminée avec cette amélioration apparente. Il devra se rappeler qu'il vient d'être instruit d'une insuffisance d'ordre mental, d'un état d'âme latent, mis en lumière par une cause de nature somatique, et qu'il y a là une thérapeutique éducative à mettre en œuvre. Lorsque le diagnostic complet aura pu être établi d'emblée, c'est au moment même où l'on indiquera la médication appropriée au désordre physique que, sous peine de contribuer à peupler d'idées fausses l'esprit de son patient, il faudra le rendre attentif à l'élément nerveux de ses souffrances, ainsi qu'au traitement spécial qui convient à ce côté de son état maladif.

Ce traitement, l'*action psychothérapique*, il est inutile de dire que M. Dubois est loin d'en faire une panacée universelle. Il demande pour lui une place en rapport avec son importance, avec le nombre infini de circonstances où il doit être appliqué, mais non pas une place exclusive. Il s'élève, il est vrai, avec raison, contre l'acte du médecin qui recourt trop souvent à cette sorte de supercherie consistant à donner au malade un médicament dans le seul but de le tranquilliser par l'apparence d'une action thérapeutique : « il est négligent, dit-il, il met de la paresse à réfléchir, à se faire un plan rationnel de traitement. » Mais, quelques lignes plus bas, il ajoute : « par contre, « le médecin exerce une excellente influence quand il intervient « en employant avec circonspection un médicament utile, ou « des moyens physiques rationnels, quand il aide prudemment « la nature et quand il sait rehausser cette action par la con- « fiance qu'il inspire au malade. »

Quant aux procédés mis en usage par M. Dubois, c'est en

les substantielles leçons qu'il vient de
à s'en rendre maître. Et si cette lecture
n, c'est que, loin d'avoir pour but uni-
listes, l'œuvre dont nous parlons semble
ı éclairer le praticien sur l'importance
symptômes du nervosisme, et sur ce que
une fois sa conviction établie qu'il se
une affection organique, mais d'un état
pécialiste, lui, il se formera graduelle-
rait être pour chaque branche exigeant
: différenciera, en quelque sorte, peu à
édecins praticiens, en partie parce que
chologie pathologique l'intéresseront, en
e que l'expérience lui montrera, par les
st apte, mieux que d'autres, à entrepren-
esprits les plus profondément dévoyés.
que donne M. Dubois à ses élèves ; on
de plus sage.

, les yeux est donc, je ne saurais trop y
asse des médecins praticiens. Ah! ceux-
s ne puissent se désintéresser des états
ent que trop! De leurs clients atteints
ctions organiques, il n'en est pas un,
e, à côté de son traitement principal, un
il n'en est guère chez lesquels la symp-
évolution ne soit modifiée, la thérapeu-
lexe, plus délicate, par l'intervention de
notre époque, où la demi-science médi-
s classes de la société, où l'émotivité
plus que jamais, doit savoir rassurer,
le, et son entourage. Ce rôle de soutien
s que nous abordons notre patient. Pour
lernier, en effet, non seulement l'erreur,
e diagnostic posé, mais simplement le
du médecin, peut entraîner les consé-
ureuses. Ecoutons M. Dubois : « J'ai vu
qui, à 10 ans, avait reçu d'un bébé un
tambour sur le coude gauche. Il en était
leur, mais il n'y avait aucune lésion.
rvenue en quelques heures si le médecin
r la fillette. Or, devant la malade, le

« médecin déclara : c'est très grave, très grave! c'est une « névrite traumatique! J'aimerais mieux que la malade se fût « cassé les deux bras. L'algie nerveuse dura quatre ans. »

J'ai connu moi-même la vieillesse d'une femme remarquablement bonne et intelligente qui, pendant les trente dernières années de sa vie ne fut plus qu'une valétudinaire parce que l'on avait considéré comme symptômes d'angine de poitrine, quelques phénomènes d'ordre nerveux venant compliquer un peu de dyspnée d'origine emphysémateuse. A l'époque où elle avait été faite, l'erreur était presque inévitable; de nos jours le diagnostic eût été assez promptement rectifié. Mais les occasions de nous tromper ne nous manquent point encore.

Puis, je le répète, éliminer, par le raisonnement, par des conseils appropriés, par des encouragemeuts sympathiques, l'élément nerveux qui accompagne actuellement toute affection organique, ne sera-ce pas œuvre d'importance pour le praticien ? Ce ne sont pas seulement les états névropathiques eux-mêmes, qui risquent de s'enrichir sous les yeux du médecin, et grâce, souvent, à ses examens minutieux, de symptômes nouveaux, apparus d'abord sous forme d'impressions modestes et passagères, fixés bientôt, et accentués, par l'attention même qu'y porte le patient; le même ordre d'accidents se produit au cours de l'évolution d'affections organiques, surtout lorsqu'il s'agit de maladies chroniques. Le médecin se trouve dès lors dans une position éminemment délicate, puisque, comme nous l'avons fait remarquer, il arrive que ce soit par son examen même qu'il introduise cet élément névropathique. Cela veut-il dire qu'il nous faille négliger de parti-pris les procédés exacts que nous enseigne la clinique moderne ? A coup sûr non. Il faut simplement être attentif à ne point frapper l'esprit de son malade, au cours de ces explorations qui nécessitent parfois une instrumentation compliquée, qui se traduisent ailleurs par des résultats d'analyses exposés en des pages entières de formules et de chiffres, impressionnant d'autant plus le laïque qu'il y est moins familiarisé. Un peu de simplicité dans la manière d'agir et de présenter les choses à l'esprit d'un malade que l'on sent impressionnable, fera éviter l'écueil. Il n'est peut-être pas mauvais, aussi, de se rappeler qu'un patient soigneusement examiné quant à ses antécédents, à l'évolution du mal actuel, ainsi que par les procédés physiques usuels, livre, dans la règle, à qui sait voir et entendre, le mystère de son diagnostic exact.

Le praticien n'aura pas seulement à
mal : il lui faudra, plus souvent encore int
sur la mentalité de son client. Ce ne sera
dant le cours de la maladie elle-même qu'il
d'exercer cette action. Ici il n'y a place
pour ce que l'on peut appeler la psychot
celle que nous pratiquons tous plus ou moi
Mais, dans le cours de la convalescence, qu
sés seront de plus grande importance qu'on
conversation avec des parents au sujet du
d'un enfant dont on a eu l'occasion de rem
la sensibilité excessive; quelques affectueuse
ront amener un peu de support mutuel
famille où les caractères sont trop vifs; c
sur la façon dont doivent être menés les t
d'un jeune homme pour que, la lutte fiévreu
philosophie étant évitées, ils puissent être
et sans aboutir à la fâcheuse neurasthénie;
l'intérêt qu'il y a à endormir ses hyperest
mentales, à développer son altruisme, pour
à la fois douce et utile, n'y a-t-il pas là d
renouvellent quotidiennement dans la carri
de faire de la thérapeutique préventive du ne
vent que l'on ne croit, la combinaison de co
avec la prescription d'une bonne hygiène
à épargner à un névropathe les quelques m
le guettent déjà.

Je vois réapparaître quelquefois des mals
à examiner dix ou douze ans auparavant, to
une constipation opiniâtre, ou bien par des
diaques, de la douleur précordiale, en rap
frances digestives d'ordre nerveux. Les co
plus souvent réussi à régler leurs évacuati
surer les autres quant à leur cœur. Mais, s
saisi moi-même la valeur d'une demi-heu
pour un névropathe, soit que les conseils
eussent été trop vite oubliés, ou bien qu
n'eussent pas porté, je retrouve mes clients
des accidents primitifs ou bien avec d'autre
veux plus gênants encore. C'est que, il faut
traitements de ce genre ne sont pas, en

nsultant. C'est le médecin de famille qui les peut entre-
:, ce médecin de famille dont la race tend à s'éteindre,
ue, pour employer un terme d'économie politique, il
us guère demandé sur le marché. La spécialisation à
e, ou plutôt la façon défectueuse dont cette spécialisa-
comprise par le public, est l'une des raisons d'être de
échéance. Que le praticien se livre à l'étude attentive
s névropathiques ainsi que du traitement préventif et
qui leur est seul applicable, et nous verrons renaître de
lres le type antique et regretté du médecin ami de la
Car, comme l'affirme presque à chaque page M. Du-
psychothérapie exige que le médecin devienne l'ami de
ade. Sans compter que, bien souvent, pour obtenir des
s complets et durables, il faut « faire porter l'effort
utique non seulement sur les malades, mais sur ceux
nt avec eux »

fois, il est des cas assez nombreux de nervosisme qui
nt d'une façon absolue à la thérapeutique familiale, à
praticien. A ce dernier, *l'œuvre préventive*, d'impor-
ajeure s'il la sait comprendre; à lui aussi le relèvement
e que l'on pourrait appeler un simple faux pas; à lui
l'éviter à son client, qui a déjà passé par la clinique
, la rechute dont, à l'occasion d'un ébranlement moral,
menacé. Mais il lui devient impossible de suffire à la
ui se présente lorsque le mal est trop avancé. Mettant à
cas de psychonévroses incurables en raison de modi-
cérébrales qui rendent les malades réfractaires à
sychothérapie, les neurasthéniques gravement atteints,
nement débilités, les hystériques en possession d'un
ne gênant ou douloureux bien établi, les hypomélanco-
essortiront presque toujours du spécialiste.

r faut, en effet, une rééducation complète, exigeant des
ongues et régulières que les imprévus d'une clientèle
ne permettent pas toujours. Pour eux la cure doit être
nt « *une cure de psychothérapie faite dans des conditions
les de repos, d'isolement et de suralimentation* ». Ajou-
anmoins que, des éléments adjuvants, ce dernier peut
ndonné entièrement chez certains sujets suffisamment
Mais ce qui leur sera nécessaire à tous, c'est que le
, sous la direction duquel ils vont être placés, soit un
ien habile, en possession d'une vaste expérience des cas

de psychonévrose. A chaque objection il lui faudra rétorquer par un argument topique ou un exemple clinique. Enfin, et j'insiste sur ce point, pour qu'il obtienne des résultats nombreux et parfaits, le spécialiste en psychothérapie doit posséder, en outre des qualités que je viens d'énumérer, et à côté d'un tact infini, un cœur qui sache concevoir et pratiquer la fraternité humaine dans son sens le plus large. Du médecin, quel qu'il soit, nous dirons volontiers avec M. Dubois : « il ne doit pas être seulement un savant qui pratique sur son malade une espèce de dissection : il doit être avant tout un homme de cœur qui sait se mettre à la place de ceux qui souffrent. » Mais, qui désire se spécialiser dans le traitement des psychonévroses, ajouterons-nous, devra se rappeler que : « pour modifier l'état d'âme de celui qui est « tombé, il ne suffit pas de lui accorder les circonstances atté- « nuantes, de lui montrer une pitié voulue : il faut l'aimer « comme un frère, le prendre sous le bras dans le sentiment « profond de notre débilité commune. » Lorsque M. Dubois veut résumer d'un mot ce qu'est la psychothérapie telle qu'il la conçoit, il nous dit qu'elle est *l'amour que rien ne rebute;* et cette phrase personne ne pouvait l'écrire avec plus d'autorité.

SOCIÉTÉS

COMMISSION MÉDICALE SUISSE

Séance du 27 mai 1904, à Bâle.

Président : Dr de Cérenville. — Secrétaire : Dr A. Jaquet.

Sont présents : MM. *de Cérenville, Feurer, Huber, Ost, Gautier, Trechsel, von der Mühll, Jaquet.* — Absent : M. *Reali.*

Avant d'aborder l'ordre du jour, le président donne lecture de la correspondance et fait quelques communications sur les affaires liquidées depuis la dernière séance. Il est donné connaissance :

1° D'une lettre de remerciements adressée à la commission par deux de ses anciens membres, MM. les Drs Haffter et Lotz-Landerer.

2° D'une lettre du comité central de la Fédération des sociétés de tempérance, accompagnant un projet d'adresse à la commission chargée de préaviser sur le code civil suisse. Dans cette adresse, la Fédération demande qu'on introduise dans le code *des dispositions spéciales sur l'internement et la mise sous tutelle des buveurs,* et elle voudrait que la Com-

mission médicale appuyât officielleme
Commission après avoir examiné la qu
juriste, a acquis la conviction qu'il ne
mande de la Fédération des sociétés
demande est en opposition avec les pr
donner lieu à des difficultés. C'est dans
la Fédération et cette réponse est appr

3° Le président donne quelques d
tuberculose, qu'a organisée la commiss
d'utilité publique. Le questionnaire a é
mission médicale et les opinions émises
la Commission d'enquête. Maintenan
d'hygiène demande à la Commission
l'enquête en la recommandant aux méde
rédigée dans ce sens a été soumis, par
de la Commission et unanimement app
à la liquidation de cette affaire est dû a
un mois chez un des membres de la Co

4° Au commencement de l'année, le
bres de la *Commission de maturité*, san
exprimé les médecins de voir un des le

M. Jaquet a appris de source autoris
encore pris connaissance de la requête
maturité n'a pas encore reçu une soluti
ter des discussions qui ont eu lieu jusq
forme aux vœux des médecins.

Sur la proposition de M. Feurer, il
de suivre cette affaire, et de présenter p
tement fédéral de l'Intérieur les réclam

5° Lorsqu'on apprit au commenceme
décidé de procéder à une revision parti
militaires, il parut que le moment éta
fédéral les vœux des médecins suisses.
niqué à la Commission médicale, app
mencement de février aux autorités féd
11-16 avril 1904, la Chancellerie fédéra
fédéral, après avoir examiné attentiven
notre mémoire au sujet de la revision d
taires, ne pouvait nous donner satisfacti
dans l'art. 6 de l'ordonnance d'exécuti
la phrase : « il en est de même lorsque
tal désigné par le médecin en chef. » E
dans son message du 5 mai, proposa
l'art. 37.

M Jaquet : Le message du Conseil fé

nous contentons de cette assurance, notre mé-
ns les cartons de la Chancellerie fédérale, sans
ration. Nous devrions tout au moins essayer de
on du Conseil fédéral, en portant l'affaire devant
. Jaquet propose de faire imprimer le mémoire,
membres de l'Assemblée fédérale et de chercher
qui veuille bien y défendre nos intérêts.
e le moyen le plus correct et le plus efficace con-
commissions du Conseil national et du Conseil
éaviser sur la revision de la loi, en envoyant aux
res de ces commissions notre mémoire imprimé
ve.
que les commissions chargées d'étudier la revision
le notre affaire ; il estime qu'il faudrait s'adresser
ée fédérale.
à un recours formel à l'Assemblée fédérale ; s'il
s risquerions de nous fermer les portes pour

nce pour l'impression du mémoire et pour son
ative, à tous les membres de l'Assemblée fédérale.
adoptée et, comme le temps presse, le secrétaire
argé de rédiger la lettre explicative et de l'en-
préalablement circuler parmi les membres de la

te sur l'état actuel de *l'enquête sur l'assurance*-
et questionnaires ont été expédiés au commence-
ci il n'est rentré qu'une partie des matériaux,
itôt favorable, et l'intérêt en faveur de l'enquête
sociétés cantonales, notamment celles de Genève
vement étudié la question et envoyé des rapports
uête a eu aussi pour certaines sociétés médicales
rtir d'une léthargie prolongée. La participation
e a beaucoup varié d'un canton à l'autre. Dans les
%, dans d'autres, elle a atteint à peine le 20 %.
ltat est supérieur à ce qu'on pouvait attendre.
la participation défectueuse des médecins a été
sociétés médicales. Quant à la mise en œuvre des
l'enquête, il conviendra de la confier à une seule
ion travaillerait trop lentement. Une fois ce tra-
es conclusions on peut en tirer. M. Jaquet recom-
éder, comme devant prendre moins de temps que
de la commission sera chargé de rédiger le rap-
. sera ensuite soumis aux spécialistes aux lumières
a fait appel et, après délibération en commun, on
, qui seront présentées à la Commission médicale

sous forme de propositions formelles ; la Commission examinera ces propositions et les soumettra, le cas échéant, à la Chambre médicale.

La Commission accepte ces propositions et charge M. le prof. Jaquet de mettre en œuvre les matériaux fournis par l'enquête.

M. Huber propose que la Commission s'adjoigne encore comme expert M. le Dr *Kaufmann*, de Zurich, qui connait mieux que qui que ce soit les questions d'assurance. — Adopté à l'unanimité.

M. Jaquet demande, vu qu'il faudra encore un temps relativement long pour que les desiderata des médecins suisses puissent être formulés, s'il ne conviendrait pas de déléguer quelqu'un auprès du Chef du Département fédéral du Commerce et de l'Industrie pour lui donner connaissance des intentions de la Commission médicale ; ce serait aussi une occasion de recevoir d'utiles renseignements.

La Commission partage la manière de voir de M. Jaquet et le charge de faire le nécessaire.

7° Le président communique les lettres qu'il a échangées avec M. le Dr Haffter au sujet de la *Constitution d'un Comité national pour le XVme Congrès international de médecine de Lisbonne.*

MM. Feurer et Ost sont opposés en principe à ce que la Commission médicale accepte de constituer ce comité. Ce n'est pas le rôle de la commission de monopoliser toutes les affaires intéressant les médecins, et il faut se garder de créer des précédents qui pourraient plus tard avoir des conséquences fâcheuses. Il convient plutôt de prier une personne qualifiée de se charger de la constitution de ce comité, sans que la Commission médicale ait à intervenir officiellement.

Cette manière de voir est unanimement approuvée et le président est chargé d'écrire dans ce sens à M. le Dr Haffter.

8° *La situation des commissions spéciales nommées par la Commission médicale* sera réglée définitivement lors de l'élaboration du règlement intérieur. En attendant, la commission pour l'assurance-maladie reste au bénéfice de la décision prise lors de la dernière séance à Olten. Le règlement intérieur devra également assurer la circulation régulière des dossiers. Le bureau de la Commission est prié de préparer un projet de règlement intérieur.

9° M. Ost demande où en est *l'étude du projet de code pénal.* Le président lui répond que partout, sauf dans le Tessin, les sous-commissions sont déjà constituées et ont commencé leurs travaux. Il faudrait que nos desiderata fussent transmis à la commission préparatoire avant la fin de l'année.

Le secrétaire : Dr A. Jaquet.

[OGRAPHIE

mpossibilités, conception caténaire du tube
nsmission nerveuse. *Revue neurologique*,

orie du neurone. *Ibid.* N° 12, 30 juin 1904.
nsidérations sur la théorie du neurone.
° 5, 15 mars 1904

sait, il y a quelques années, être définitive-
travaux de Waldeyer, Ramon de Cajal et
répondre aux recherches des expérimen
ogistes et surtout confirmait si bien les
ller que la question paraissait définitive-
travaux de Bethe et d'Apathy qui vinrent
n et avancer que, loin d'être indépendants
rveux forment de réels réseaux anastomi-
la méthode de Golgi d'être imparfaite lui
loration qu'ils considérèrent comme plus
erine se sont également occupé de cette
e façon très différente l'un de l'autre.
gie la théorie du neurone, il considère que
ne chaîne de neuroblastes périphériques et
par celui de *neurule*. Il admet que la régé-
ar Bethe dans des nerfs séparés du centre
e le neurone, comme d'autre part les faits
à la suite de sections de nerfs observés

montre un fervent défenseur du neurone.
autogène signalée par Bethe avait déjà
ette régénération n'est jamais comparable
te : elle n'apparaît que pour quelques fibres
s expériences de Bethe arrive à démontrer
guments démonstratifs employés par Vul-
venses constatées par Bethe dans le bout
é depuis un certain temps, ne sont pas des
ées mais qu'elles viennent des filets de voi-
rquer Münger, ce ne sont pas les expé-
branler la théorie du neurone. M. Dejerine
les travaux récents de Cajal qui par une
er ses anciennes conclusions faites par la
que les éléments nerveux communiquent
par continuité de tissus

L'existence du neurone est donc attaquée d'une part par M. Durante, et défendue d'autre part par M. Dejerine. On trouvera dans ces travaux dont nous ne pouvons donner qu'un trop court résumé, un exposé historique et une discussion intéressante relative à l'importante question de la théorie du neurone.

J.-L. P.

O. Beuttner. — Gynecologia helvetica ; vierter Jahrgang ; un vol. in-8 de 392 p. avec 10 pl., 80 fig. dans le texte et un portrait du prof. J.-J. Bischoff, Genève, 1904, H. Kündig.

Le nouveau volume de ce répertoire analytique si complet qui est arrivé à sa quatrième année, résume tout ce qui a été publié en Suisse ou par des auteurs suisses en 1903 dans le domaine de l'obstétrique, de la gynécologie, de la narcose, et en partie de la chirurgie de l'abdomen et des voies urinaires. Les dimensions considérables qu'a prises ce volume indiquent que ces branches de notre art ne sont pas négligées dans notre patrie ; rappelons que la pathologie animale n'y est pas oubliée et on y trouvera en particulier signalé le rôle de l'infection hématogène dans la pathogénie de la mastite des animaux domestiques. L'auteur y mentionne pour la première fois les faits tirés des rapports d'hôpitaux et ajoute, comme l'année précédente, une brève indication des travaux dûs à des étrangers ; il termine par la liste analytique des principaux ouvrages sur l'obstétrique et la gynécologie publiés ou traduits par des médecins genevois depuis 1873, par une biographie du prof. J.-J. Bischoff de Bâle, avec la liste de ses travaux et de ceux de sa clinique, et enfin par la publication des *Tagebuch-Notizen* que ce regretté professeur avaient écrites en 1867-1868 pendant un voyage d'étude à Vienne, Londres, Glasgow, Edimbourg et Dublin. On y trouvera entre autres la relation d'un grand nombre d'opérations auxquelles il avait assisté.

Comme on le voit ,ce nouveau volume renferme une riche moisson de documents intéressants et fait honneur au patriotisme et à l'activité de son auteur.

C. P.

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE. — Le prof. Zahn. — Nous avons le regret d'apprendre au moment de mettre sous presse la perte considérable que vient de faire la Faculté de médecine de Genève par la mort du Dr F.-W. Zahn, professeur d'anatomie pathologique. Il est décédé à Weingarten, dans le Palatinat, sa patrie, le 16 août dernier, âgé de 59 ans. Nous reviendrons prochainement sur la carrière de ce savant distingué et de cet excellent confrère et nous nous associons avec la plus vive sympathie au deuil de sa famille.

Genève. — Société générale d'imprimerie, Pélisserie, 18.

N° 9. 20 SEPTEMBRE 1

JE MÉDICALE
JISSE ROMANI

AUX ORIGINAUX

quantenaire de l'ophtalmoscop

le Dr Gonin (Lausanne).

entenaires que nous traversons, l
rs portée sur les faits les plus
irs d'entre eux ont passé presqu
t eu des conséquences plus éten
vénement au sujet duquel on a fai
de *l'invention de l'ophtalmoscop*
ints de spécialistes ont seuls comm
ante ans. Le public en général
nde partie du public médical ig
qui ont vu le jour il y a juste un
découverte de Helmholtz a susc
t le développement de l'ophtalm
ryngologie en autant de branch

ate le mémoire dans lequel Hel
ription d'un « miroir oculaire de
dans l'œil vivant ». En 1853 «
emières observations faites au
certains cas de maladies oculair
par Coccius à Leipsig, par van
Vienne, retraçaient en particuli
des opacités du cristallin, des hé
foyers pigmentaires ou atrophiqu
tinite ; le décollement de la réti
près la seule affection des men
quelquefois reconnaître sur le

y était aussi décrit et même représenté graphiquement avec une exactitude toute nouvelle. C'est de cette époque seulement que date l'ophtalmologie en tant que spécialité indépendante, car avant de posséder dans le miroir oculaire un moyen de diagnostic qui lui fût propre, elle languissait dans la routine de la médecine générale pour tout ce qui a trait aux maladies profondes de l'œil.

En effet, si nous parcourons les nombreux traités d'ophtalmologie publiés en français ou en allemand de 1820 à 1850, nous serons étonnés du rôle très effacé que semble jouer l'œil lui-même dans la genèse des troubles de la vision et de l'importance au contraire très grande accordée à des symptômes généraux qui, aujourd'hui, nous paraîtraient insignifiants ; c'est qu'à l'exception des parties tout extérieures de l'œil, telles que les paupières, la conjonctive et la cornée, les membranes si délicates et si importantes qui composent l'organe de la vue étaient aussi inaccessibles à l'examen du médecin qu'elles le sont aujourd'hui à l'investigation des personnes les plus étrangères aux choses médicales. Bien que l'anatomie pathologique eût montré des altérations variées au sein des tuniques profondes de l'œil, on se trouvait dans l'impossibilité de reconnaître ces diverses altérations sur le vivant et l'on était forcé de confondre sous une dénomination commune toutes les maladies qui, en dehors d'une lésion bien évidente à l'extérieur, avaient pour conséquence d'affaiblir ou d'abolir la vision.

Si la cécité n'était que partielle, on parlait d'« amblyopie »; si elle devenait totale, on la décorait indifféremment du nom « d'amaurose », de « goutte sereine » ou de « cataracte noire », quelle que fût la cause anatomique que l'on pouvait lui supposer. C'est cette ignorance de tout fait positif qui suggérait au prof. von Walther, de Munich, une définition très pittoresque et très topique que je ne puis me dispenser de rappeler ici, bien qu'elle soit bien connue et fréquemment citée : « On appelle *amaurose* la maladie dans laquelle le malade ne voit rien et le médecin rien non plus ; si le malade y voit cependant quelque chose malgré que le médecin n'y voie toujours rien, alors c'est de l'*amblyopie* ».

A vrai dire, le médecin feignait toujours d'y voir quelque chose, et, s'il ne découvrait dans l'apparence extérieure de l'œil aucune raison suffisante pour expliquer la faiblesse de la vue, il allait chercher cette raison dans l'état général et se raccro-

ails les plus futiles que lui apportait l'in-
nalade, acceptant même des histoires de
s les soumettre à un contrôle suffisant ;
certains ouvrages qui ont la prétention
voyons énumérés au nombre des causes
ose, non seulement les troubles survenus
ons naturelles et nécessaires au corps hu-
uppression même de quelques influences
l'amélioration de certains états anormaux :
les dartres et de l'eczéma du visage, la
spiration exagérée des pieds ou bien la
trop rapide ou trop complète des habi-
. On peut juger des effets déplorables que
evaient avoir sur l'hygiène des populations
yance que les soins de la propreté la plus
de nature à susciter de graves maladies
a cécité ; aussi avons-nous à notre époque
e plusieurs de ces anciens préjugés.

rmi tous les ophtalmologistes qui s'effor-
classification des amauroses et arrivaient à
30 ou 40 types selon les causes générales
avoir donné naissance, aucun ne semble
ment à tirer parti des *symptômes visuels*,
anatomiques certains, auraient été de na-
ir, sinon le siège exact des altérations, du
t leur distribution approximative dans le
cuité visuelle centrale, ni les limites du
érique ou du champ de la vision chroma-
jet de mensurations exactes et méthodi-
rtains symptômes particuliers qui accom-
suelle, l'*héméralopie* ou cécité nocturne, la
diurne, la *photophobie* ou sensibilité à la
ies ou phénomènes lumineux subjectifs, la
sement des images, la *macropsie* ou agran-
s, la *métamorphopsie* ou déformation des
images, le *visus dimidiatus* ou effacement de la moitié du champ visuel, bien que tous ces symptômes et d'autres encore fussent connus et fréquemment mentionnés, leur valeur séméiologique semble avoir été méconnue, car nous ne rencontrons que rarement une tentative de les faire servir au diagnostic. Ainsi les symptômes les plus divers et même les plus opposés condui-

évitablement au seul et même diagnostic d'*amaurose*, gnostic, une fois posé, permettait les suppositions les emblables dans la recherche du facteur étiologique; che, quelles que fussent les manifestations de l'am- ou de l'amaurose, et quelle qu'en parût être la cause, nent restait à peu près invariable, et pourrait se résu- ces trois termes : la saignée, les sétons et les purgatifs. domaine de la médecine, tout était donc incertain, ypothétique et obscur.

à Hermann Helmholtz, un jeune professeur d'anatomie ysiologie à l'Université de Königsberg, que revient le mérite d'avoir jeté les premiers rayons d'une vive dans cette obscurité. Au propre comme au figuré, il rer ce qui avant lui était demeuré sombre aux yeux de nous enseignant un procédé par lequel on peut dis- au fond de l'œil vivant les détails de la rétine, de la et d'une partie du nerf optique, il a transformé l'oph- ie et l'a mise au premier rang des sciences médicales précision des méthodes d'examen et la sûreté des cons- . Grâce à Helmholtz et à la pléiade de chercheurs qui ctionné sa découverte et l'ont appliquée à l'étude des de l'œil, ainsi Ruete, professeur à Leigzig, Donders, t, et son élève van Trigt, Jæger à Vienne, Liebreich et à Paris, enfin de Græfe, le grand ophtalmologiste , grâce à ces pionniers d'avant-garde, à ces défri- ans le domaine ignoré de l'ophtalmoscopie, nous sa- ourd'hui non seulement établir dans la plupart des ge et la nature d'une affection profonde : reconnaître ement de la rétine, une atrophie du nerf optique, une on tuberculeuse de la choroïde ou des hémorragies orps vitré, mais nous pouvons de plus suivre au jour marche de ces altérations et contrôler sur elle les traitement.

eu très pessimiste d'un médecin de 1850 qui, après ité bien des amaurotiques et en avoir observé un d nombre encore traités par ses confrères, confessait avait jamais vu guérir, nous avons la satisfaction aujourd'hui des résultats plus encourageants, car au es maladies désignées autrefois de ce nom d'amaurose, plusieurs qui sont guérissables pour peu qu'on s'y

ıutres peuvent être évitées au prix de quel-
, s'il en est encore qui demeurent au-dessus
ırt, ıl nous est en bien des cas possible
rche et d'éviter tout au moins au malade
itements douloureux et presque barbares,
e de la situation réelle, lui était trop sou-
médecin.

ıns le détail des progrès accomplis et de
nt à faire avec l'aide de l'ophtalmoscope,
uelques mots le mécanisme de cet instru-
ı physiques il est l'application et pourquoi
à l'examen du fond de l'œil.
ı attentivement la pupille d'une personne
ous constatons sans peine que cette pupille
sombre d'un noir profond, quelle que soit
rage dans le local où nous nous trouvons.
longtemps devoir expliquer ce phénomène
nte : les rayons lumineux qui pénètrent
pille sont totalement absorbés par la sub-
nent du fond, et pour cette raison aucun
'envoyé au travers de la pupille dans l'œil
ertains faits constatés par hasard ou bien
ı expérience parlaient, il est vrai, contre
n. Ainsi, vers le début du XVIIIe siècle,
çais[1] discutèrent devant l'Académie des
ns ou des causes physiques qui avaient
dessin des vaisseaux rétiniens dans les
ıe chat que l'on tenait immergé dans un
res expérimentateurs avaient remarqué que
imal ou d'un homme deviennent lumineuses
ı avec la flamme d'une bougie et qu'on les
direction tout à fait parallèle à la direction
ère projeté par cette bougie dans l'œil. Un
ıbservé de plus qu'il voyait reluire les pu-
ıcuteur chaque fois que celui-ci regardait
, lui d'Erlach, le reflet de la lampe qui se
ımbre.
ıe explication suffisante n'avait été donnée

de ces divers phénomènes,
1845 la Faculté de médeci
question de la coloration d
présenté à cette occasion
définitive ; tout au plus y t
veau, à savoir que la réfra
parents de l'œil est l'une
rétine dans l'œil normal, l
mentalement qu'il suffisait
du corps vitré pour rendre
la pupille.

Helmholtz fut le premie
plète et satisfaisante des c
du fond de l'œil peut s'opé
grande évidence que si la p
de lumière reste en appare
que les rayons lumineux c
l'œil se réunissent en un f
rétine et qu'après avoir
une voie identique à cel
dans l'œil, à tel point qu'il
source lumineuse qui leur
ne pourrait percevoir ces r
le trajet même du faisceau
projette dans l'œil observé
l'éclairage et l'œil, il ferai
s'il prenait position en arr
ci lui cacherait tous les dé
sembler insurmontable, m
trouver des moyens très si
apparence très compliquée

Helmholtz imagina de
un réflecteur : en juxtapos
il obtint un miroir assez pe
rayons d'une lampe ou la l
rent néanmoins pour perm
perçus par un observateur
ainsi, avec assez de netteté
risation des vaisseaux vein
cula lutea ou tache fauve
distincte, enfin et surtout

optique, dont la blancheur mate ou le
avec beaucoup d'évidence au sein du
de la choroïde avec la rétine.

La découverte d'Helmholtz eut un gr
Allemagne, mais aussi dans les autres p
côtés on mit à l'épreuve le miroir ocula
de Königsberg et d'innombrables modi
posées dans le but d'augmenter soit l'i
de l'éclairage sur la rétine.

De tous ces perfectionnements appo
le plus important est celui qui fut intr
par Ruete : au lieu des quatre lames d
rence était assez imparfaite et qui n'uti
le cinquième de la lumière disponible,
miroir concave dont le centre était perc
et c'est ce modèle de miroir qui, avec
détail, est devenu le compagnon insépa
logiste.

Pour agrandir le champ ophtalmosc
l'emploi du miroir avec celui d'une len
au devant de l'œil à examiner, devai
prématurée des rayons lumineux, proc
large cercle de diffusion. Mais si d'un c
copique est plus étendu, d'un autre l'im
petite que lorsque le miroir est seul em
tille convexe a pour effet de renverser c
mêmes lois d'optique qui font qu'un ob
renversé quand nous le considérons au
L'ophtalmoscopie à l'image *renversée*
Ruete, n'en présente pas moins de si g
est devenue pour nous la méthode de c
ployons en premier lieu dans l'examen
est pas connu ; ce n'est que pour précis
ter plus à fond la nature intime d'une
surprendre le mécanisme d'un phénom
accusé, que nous avons recours à l'im
grossissement de quinze diamètres en
ter très utilement les premiers résultat

Et maintenant, voyons qu'elles sont
a values cette arme si modeste et si pa

Selon l'emploi que nous fais
ployant tantôt le miroir plan, t
le miroir concave additionné d
gresser dans la connaissance d
fections oculaires. Ces trois gra
bles de transparence des milieu
de la réfraction ; *c)* les altératic
profondes de l'œil.

Parmi les *troubles de la tr*
qu'un simple examen à la loup
centré fait apparaître aisément
la présence bien avant l'usage
cicatrices ou *taies de la corn*
cependant il y a de très petites
inégalités de surface minimes q
miroir après avoir échappé à u
avec la loupe. Ce sont surtout l
périphérie du cristallin ou près
difficilement perceptibles avec
deviennent d'une netteté parfa
à l'aide du miroir, car elles se
rouge clair du fond. Inversém
l'inspection directe de la pupil
d'une masse grisâtre diffuse et
rité, se montrent encore très i
mine au miroir, cela à cause
nous renvoie alors le fond de l'
moscope nous garantissent ains
maturées qui n'eussent abou
déception pour le malade et p
miers ouvrages inspirés par les
mémoire de Jæger publié en 18
des opérations de cataractes, insi
que donne le miroir oculaire au
ractes et de leur opérabilité ; si
vaient tous pratiquer l'éclairag
distinguer un cristallin transpa
pas, il n'arriverait point aux o
grin la perte complète et irrém
glaucome chronique chez des n
d'une simple cataracte au déb

à l'opération que les dernières chances
eux.
allin, dans le corps vitré, des *opacités hé-*
nmatoires, des *corps étrangers* en suspen-
icatricielles ne pourraient être aperçues
l'ophtalmoscope que par une recherche
ertaine dans ses résultats ; nous pourrions
es dans lesquels un œil gravement atteint
à une localisation exacte qu'avait permise
oir.
et le traitement des *anomalies de la ré-*
rogrès ont été accomplis depuis cinquante
sont devenus possibles que par l'emploi
On peut bien dire que précédemment la
nue ; encore ne l'était-elle que dans ses
ures, et nullement dans les graves com-
accompagne au fond de l'œil. L'hyperméme étaient généralement confondus sous
kopiopie, c'est-à-dire de fatigue oculaire,
que demeurait ignorée.
late l'important travail de Donders sur
fraction, travail qui est encore la base de
uelles. Nous pouvons affirmer sans crainte
pas acquis la même ampleur et la même
i l'auteur avait dû s'en tenir aux répon-
ans être en mesure de contrôler, par les
l'ophtalmoscopie, l'état réel de leur ré-

e, dans la pratique journalière, nous de-
n examen de vision est incomplet tant
ié par les indications du miroir oculaire.
uvent être commises à défaut de ce dou-
de faux myopes munis de verres conca-
encore leur fatigue et d'hypermétropes
vexes dont ils auraient grand besoin !
sieurs procédés pour déterminer la réfrac-
e : le premier en date consiste à chercher
ui fait apercevoir avec le plus de netteté
l'œil à l'image droite, mais il exige du
nde habitude et du malade une parfaite
opie ou pupilloscopie, qui permet de re-

connaître qu'un œil est my
reflet lumineux de la pupill
un autre sens, est un procé
expéditif; il fut introduit d
decin militaire Cuignet. (
aucun effort d'attention so
mettre en œuvre sans pro
question, ce procédé est un
des petits enfants qui ne p
gentes qui parlent *mal*, ou
parlent *trop*.

Bien des myopies fortes,
bien des hypermétropies la
qu'au prix d'une grande pe
n'avions pas la skiascopie.

C'est principalement dan
tions profondes de l'œil, int
nerf optique, que nous ne s
inventé par Helmholtz : tou
niens très avancés pouvaien
la période pré-ophtalmosco
révélaient qu'à l'autopsie d
pouvait être évidemment q
d'aucun système de traitem

Aujourd'hui nous savon
rétine dès son début et, si
immédiats et prolongés éch
cale, nous pourrions citer p
bien plus nombreux sont le
être évitée, et, quand bien
meure l'une des affections
liste par sa tenacité et la fa
tion lui reste : c'est la possi
malades, par des conseils d
proprié, l'apparition de cet
talmoscope, en effet, nous i
forte les conditions qui pré
tatation de foyers de cho
préventives qui le plus sou
catastrophe.

Parfois le soulèvement rétinien que nous montre moscope revêt une signification toute particulière : s tion, sa forme, sa rigidité, sa coloration font pense pour cause, non pas une simple couche de liquide entre la rétine et la choroïde, mais une *tumeur* de nière membrane, un sarcome malin, qui va mettre non plus seulement la vue de l'œil atteint, mais la v lade, si l'on ne procède à une extirpation radicale. I d'intervenir à temps, c'est-à-dire dans la période oi moscope est seul à même de nous donner des indica cises; à son défaut, le malade n'aurait certaine échappé à une mort certaine et à bref délai.

L'un des résultat thérapeutiques les plus remarq nous aient été acquis par l'emploi du miroir oculaire que nous offre le traitement du glaucome par l'iridec *glaucome* ou « cataracte verte », cette terrible mala tant d'aveugles à son passif, passait pour incurabl tentatives faites pour en arrêter la marche ne sembla tir qu'à augmenter le mal. Survient Albert DE GRÆ de son ophtalmoscope, il distingue dans le nerf op excavation qui lui paraît due à l'exagération de l intraoculaire. Alors il imagine d'ouvrir par l'iridec voie nouvelle à l'écoulement des liquides de l'œil, et opératoire a pour effets de conserver la vue à des n malades qui, sans cette ressource dernière, eussent ment condamnés à la nuit.

D'autres formes d'*atrophie du nerf optique* ne comme celle du glaucome, sous la dépendance d'un augmentée, mais leur aspect ophtalmoscopique pern distinguer les unes des autres selon qu'elles ont p une névrite, une obstruction des artères nourricière ou bien une maladie intracrânienne.

De ces différentes atrophies, celle qui résulte d'une tion générale par l'alcool et la nicotine mérite tout rement notre attention, car elle peut être guérie ou blement améliorée, en vertu d'un conseil d'abs condition que ce conseil soit donné à temps et que se décide à le suivre. Cette amblyopie des fumeurs duit par une baisse rapide de la vision centrale, n symptôme objectif qu'une décoloration partielle de optique, mais ce symptôme est à peu près caractérist

Il serait trop long d'énumérer ici toutes les formes de *choroïdites* qui, selon le caractère spécifique qu'elles revêtent et que fait pressentir leur apparence ophtalmoscopique, réclament une cure de frictions mercurielles, des injections sous-conjonctivales de sublimé ou bien un traitement révulsif et des sudations. Ces affections profondes de l'œil ne sont généralement pas douloureuses et les troubles visuels qu'elles provoquent sont assez peu précis, aussi le malade serait-il loin de soupçonner leur gravité, si l'oculiste, instruit par son ophtalmoscope, ne l'avertissait du danger imminent qui menace sa vue et ne mettait en œuvre le traitement utile avant que le centre de la vision soit atteint d'une façon irréparable.

D'autres altérations du fond de l'œil ne sont guère justiciables d'un traitement direct et, dans le meilleur des cas, elles ne peuvent qu'être ralenties dans leur marche, telles la *dégénérescence pigmentaire de la rétine* et les atrophies progressives du nerf optique ; il est cependant utile de les diagnostiquer avec précision, car, étant instruits de la situation réelle, les parents dispenseront leurs enfants malades de certains travaux trop minutieux ou d'études trop fatiguantes, et ce qui peut-être était pris pour de la mauvaise volonté sera considéré désormais comme la manifestation d'une maladie qui réclame des ménagements. Bien des enfants, après avoir été grondés et même plusieurs fois punis par leurs maîtres comme inattentifs ou maladroits, ont été déclarés par l'oculiste atteints d'une infirmité de la vue qui devait excuser leur maladresse ou leur apparente étourderie ! Ainsi, de la même façon que l'ophtalmoscope nous sert en beaucoup de circonstances à démasquer une supercherie et à confondre un farceur intéressé à se faire passer pour plus aveugle qu'il n'est, il nous permet en d'autres occasions de réparer une injustice commise ou sur le point de se commettre ; il est pour nous un contrôle utile et souvent un complément nécessaire de la véracité ou de l'exactitude du patient.

Ce qui a fait la réputation de l'ophtalmoscopie et lui a valu une place d'honneur au sein des sciences médicales, ce n'est pas seulement les services qu'elle a rendus aux oculistes dans le domaine restreint de leur spécialité, c'est encore et surtout les résultats inattendus et très remarquables auxquels elle a conduit dans le *diagnostic précoce de certaines maladies géné-*

rales. Si l'un des ophtalmologistes morts en 1830 ou 1840 n voyait aujourdhui braquer notre petit miroir sur l'œil d' personne qui nous est totalement inconnue et conclure ap quelques secondes d'examen à l'existence d'une maladie reins, du cœur ou de la moelle épinière, peut-être croirait-i de la sorcellerie ou bien à quelque bourde de charlatan. Et pendant rien de plus certain, de plus scientifiquement avéré nos jours que cette étroite connexité qui existe entre l'org de la vue et les autres organes de l'économie.

Si l'on songe que le nerf optique est le seul nerf qui directement accessible aux regards du médecin et que les a res et les veines rétiniennes sont les seuls vaisseaux qui p sent être *vus* sur le vif et suivis jusque dans leurs dernié ramifications, on comprendra sans peine que les altérations système circulatoire et du système nerveux soient reconnais bles dans la profondeur de l'œil avant de se manifester par signes évidents dans des organes plus volumineux, mais a plus cachés. Non seulement les milieux transparents de l' la cornée, le cristallin, le corps vitré, au travers desquels regarde, ne s'opposent pas à cette investigation, mais ils facilitent en grossisssant l'image du fond de l'œil comme ferait une loupe, à tel point que l'observateur arrive à dis guer dans le tissu de la rétine des cellules ganglionnaires dégénérescence trouble et qu'il voit à l'intérieur même vaissaux circuler les globules du sang, rouges ou blancs, ag mérés.

L'étude des altérations circulatoires de la rétine a déb surtout par celle de nombreux exemples de *rétinite dite albumi rique* qui, dès l'année 1856, fut l'objet de mémoires détai dans les *Archives de Græfe* et *de Virchow;* puis vinrent cas d'*obstruction subite des artères rétiniennes,* accident étra et encore mal expliqué, dont la première observation pub en 1859 par Albert de Græfe fit sensation à cause de la fine et de l'apparente rigueur du diagnostic posé : en effet, Græfe, se fondant sur la doctrine des embolies capillai dont Virchow venait d'enrichir la science médicale, se crut droit de conclure que chez son malade un caillot projeté cœur dans le torrent circulatoire devait avoir pénétré d l'artère centrale du nerf optique et s'y était logé, interromp ainsi brusquement l'afflux du sang dans la rétine. Si, dep lors, les idées se sont quelque peu modifiées cet égard, et si

constatation d'une obstructi
rétiniennes ne nous oblige
des végétations sur les valvu
oculaire n'en est pas moins l
état pathologique des vaissea
contre l'éventualité d'un acci
accident analogue dans le do

C'est l'ophtalmoscopie qui
récentes sur l'*artério-sclérose*
des troubles circulatoires, tel
ou la gangrène des extrémité
res, les inégalités de leur cali
anévrismales ou aux rétréci
connaissables en premier lieu
affectent au même degré les
duction des thrombus vascul
de la circulation par canalis
tomoses, peuvent être étudié
que dans n'importe quel aut
core beaucoup à faire dans
ont été posés et permettront

La précocité des altération
à l'oculiste de prévoir, so
l'éclosion d'une albuminurie
le malade, qui souffre déjà d
gers et de lassitude général
dont il est atteint, est fort ét
seuls renseignements du mi
tous ces symptômes auxquel
beaucoup d'importance.

Les manifestations ophta
être aussi caractéristiques q
qu'elles ne surviennent géné
c'est quelquefois encore l'ocu
premier le diagnostic. La ch
s'il s'agit de la *leucémie* ou d
symptômes généraux prime
oculaires que l'examen du fo
que le complément de l'exam
interne.

Quant aux localisations oc

rose, du *scorbut* et d'autres affections de ce genre, tent principalement en des hémorragies qui n caractéristique et dont la valeur symptômatiqu discutée.

La choroïde nous offre des signes plus import cours de certaines *maladies infectieuses* : ainsi l miliaires qui précèdent l'éclosion d'un méningite, tions métastatiques qui accompagnent la pyémie méningites purulente de la base du cerveau, enf plus bénins que l'on a constatés chez des pneumoı l'agent ordinaire paraît être le pneumocoque Certaines manifestations secondaires de la syph pour siège principal la choroïde et le diagnostic pique en est aisé dans bien des cas.

Les renseignements que nous trouvons dans l du nerf optique au point de vue des maladies g souvent assez vagues. Nous sommes encore bien sion de Bouchut qui, dans son traité d'ophtalm mait que l'on peut « voir dans l'œil ce qui se p cerveau ». Tout au plus pouvons-nous affirmer d circonstances qu'il se passe « quelque chose » dan c'est le cas en particulier lorsqu'une stase nous fait craindre une *méningite* ou une *tume* encore y a-t-il des gonflements considérables optique qui se dissipent sans confirmer le fâch qu'ils ont fait établir. Certaines atrophies du signe très probable d'une ataxie locomotrice au tres sont en relation avec une sclérose en pl altérations du même genre dans les centres nerve

Quant aux affections cérébrales qui se manife différentes formes d'aliénation mentale, il ne sem les aient des symptômes ophtalmoscopiques bien tout au moins les recherches dirigées sur ce p fourni des données trop variables pour être utili de vue du diagnostic.

Il y a une circonstance qui favorise singulièrem dans le domaine de l'ophtalmoscopie, en évitant dan mesure que la même maladie soit citée par divers des noms différents, ou que plusieurs affectio soient au contraire confondues en une seule : c'

c laquelle chaque observateur peut représenter graphique-
ıt ce qu'il a constaté chez son malade avec tous les détails
essaires d'étendue, de forme et de coloris. Jamais le mé-
ın interne ne pourra faire connaître avec autant de vérité
le vie les données obtenues par l'auscultation et la percus-
d'un malade, ou le chirurgien les renseignements acquis
le toucher ou la palpation.

ue nous lisions dans une revue où que nous écoutions dans
congrès la relation d'un cas de pneumonie ou de tumeur
ominale, il ne nous est pas possible d'entendre ce que
eille du médecin a entendu, ni de sentir ce que la main du
urgien a senti, mais ce que l'oculiste a *vu* dans le fond de
l, il peut le faire *voir* également à ses lecteurs ou à ses
iteurs. Grâce aux dessins qui les accompagnent, les descrip-
s ophtalmoscopiques gagnent en clarté, en précision et en
rêt ; non seulement l'auteur de l'observation se fait mieux
prendre, mais il permet à d'autres de contrôler ses propres
réciations et de les rectifier si elles ne correspondent pas à
éalité des faits constatés. La discussion peut avoir lieu sur
bases objectives. Tout oculiste apprend à connaître « de
» même les affections rares qu'il n'a jamais eu l'occasion
server et, si le cas se présente, il devient capable de les
nnaître au premier coup d'œil.

es *atlas d'ophtalmoscopie,* qui, dans ce demi-siècle, ont été
liés en grand nombre et dont plusieurs méritent des éloges
r leur exactitude rigoureuse et leur valeur artistique, cons-
ent sans contredit un important facteur de progrès ; il est
ossible de les mentionner tous, mais nous ne saurions pas-
ous silence les plus remarquables d'entre eux : les deux
eils de Jæger (1854-1870) dont l'ensemble comprend envi-
80 planches en couleur, dépeignent les affections les plus di-
es, et celui de Liebreich (1869) fait preuve d'une véritable
rise dans la recherche ophtalmoscopique aussi bien que
s l'exécution du dessin. L'album le plus admirable sous le
ort artistique est dû au travail du Dr Oeller, de Munich,
ellement professeur à Erlangen ; à la série fort instructive
principales affections du fond de l'œil, vient de s'ajouter
upplément consacré à quelques types de raretés.

ertaines planches en couleur illustrant les revues ophtalmo-
ques allemandes atteignent à la même perfection que celles
atlas.

Les publications françaises sont malheureusement inférieures sous le rapport technique ; la plus importante pour le nombre des planches est celle de Galezowski, mais elle est déparée par le caractère par trop schématique du dessin et la crudité exagérée des couleurs.

Dans le domaine de l'ophtalmologie pratique, pour autant qu'il s'agissait d'offrir aux médecins et aux étudiants un recueil à la fois clair, portatif et peu coûteux, la palme revient au manuel d'ophtalmoscopie du professeur Haab, de Zurich[1]. Ce petit atlas, publié pour la première fois en 1896, en est à sa quatrième édition allemande et se trouve traduit en plusieurs langues ; il retrace avec beaucoup de fidélité une soixantaine d'affections ou d'anomalies du fond de l'œil d'entre les plus fréquentes et les plus utiles à connaître.

Le professeur Haab a rendu encore un autre service à l'ophtalmoscopie. Pour faciliter l'exécution des dessins ophtalmoscopiques à ceux qui n'ont ni l'habitude ni le loisir de recourir à la peinture à l'huile, il a fait préparer un papier spécial réproduisant la coloration rouge normale du fond de l'œil vu à la lumière du gaz ; sur ce papier on peut reproduire aisément, à l'aide de la plume, du crayon et de la gomme élastique, l'aspect de presque toutes les modifications que les maladies les plus diverses provoquent dans le tissu de la rétine, de la choroïde ou de la papille optique. Chaque oculiste peut ainsi se composer lui-même un album en conservant les observations qu'il a faites et qu'il n'a pas trouvées dans les atlas ; cette facilité de documentation est extrêmement précieuse pour la préparation des travaux scientifiques et pour l'enseignement aux étudiants ; elle nous fait entrevoir encore la possibilité de nouveaux progrès.

Au reste, bien que notre exposé des résultats acquis par l'ophtalmoscopie soit déjà long, longue aussi serait la liste des points restés obscurs et des problèmes qui attendent encore leur solution. De même que les sceptiques en ophtalmosocopie auraient grand tort, ceux qui dans l'extrême opposé croient pouvoir tout prédire et tout reconnaître à la faveur du miroir oculaire risquent bien d'aller au devant de déceptions. L'ophtalmoscopie n'est qu'un moyen d'assurer le diagnostic ;

[1] O. Haab. Atlas und Grundriss der Ophthalmoscopie (collection Lehmann).

ce moyen ne doit pa
ployer à l'exclusion
uniquement sur les
un diagnostic défini
que le médecin inte
malades en faisant f

On a publié des c
s'y méprendre à un
quels il s'agissait d
nous avons des ex
que l'aspect ophtalm
certaine la présenc
de pâleur du nerf o
avec perte de la vi
diminuée, tandis
ophtalmoscopiques
abaissement consid

L'appréciation d
de leur importance
reste donc une o
peut être très diffic
spécialiste ; il est t
que le praticien ord
vait les demander
ploi de l'ophtalmos
des progrès sont à
la façon dont déjà l
d'entre eux qui sav
sur l'œil du malade
çant au-devant de
incertaine et, dans
leur devient encore
la fable, il faut com

Si les médecins q
talmoscope renonça
l'image renversée
le miroir concave o
ils arriveraient à re
leur refuse une ten
et de la lentille. O
cités du cristallin,

lécèlent plus aisément à l'aide du miroir
ations de la myopie forte et certaines
eil se reconnaissent de la même façon.
e la pupille avec le miroir suffirait en
er de commettre de grosses erreurs que
bligé de rectifier, ainsi la confusion d'une
'iris avec une perforation par corps étran-
hronique avec une cataracte, ou d'une
cérébrale avec un décollement de la
.e même procédé d'examen qui constitue
de nos confrères genevois s'est efforcé
ur les médecins praticiens en vue du ser-

isage simplifié du miroir oculaire arrive
pratique médicale avant que nous ayons
iquantenaire de l'ophtalmoscopie.

---

rtificielle du col en obstétrique

ort présenté le 19 mai 1904

ue et de gynécologie de la Suisse romande

Par le Dr René Kœnig
laternité, Privat-docent à l'Université de Genève

rs,

la discussion qui doit avoir lieu aujour-
artificielle du col en obstétrique, je suis
scussion portera avant tout sur la dilata-
Bossi comparée aux autres procédés de
sserai donc rapidement sur ces derniers,
our m'arrêter plus longuement à la mé-
ler d'elle depuis quelque temps, et j'es-
a valeur en me fondant sur l'étude de la
nce de quelques cas personnels.
ation artificielle, je crois rationnel de la
e ligne selon le degré d'urgence que

. Optométrie objective pratique. Genève et Paris

réclame chaque cas. En principe, le
en effet, moins que l'allure que l'ac
imprimer. Je propose donc de divise
en : 1° dilation lente ; 2° dilation rela
tion très rapide, toujours suivie d'ex
chement forcé », tout en tenant larg
grossesse, de l'état du col, de la pari
requise et de l'équation personnelle,
de l'accoucheur et des conditions da
mettant tout à fait à part la dilatati
placenta praevia.

La dilatation artificielle idéale se
moyens physiologiques, c'est à dire
Moins on fera naître de contractions,
processus normal. Plus l'élément
l'élément dynamique, en d'autres te
rapide, plus il sera antiphysiologique
main, de ballons ou de l'instrument
l'opération est très rapide, c'est à d
heure, on peut, à la vérité, obtenir
mais d'effacement *point*, ou autant se
les quelques contractions éveillées pa
cervicales.

Ceci bien établi, et c'est un fait
ardents de la dilatation métallique s
passerai en revue les procédés dits le

1. *Dilatation le*

Nous avons devant nous plusieur
type le cas d'un accouchement pré
viciation du bassin ou tout autre mo
minaison immédiate.

De tous les procédés n'agissant su
indirecte en excitant la contractilité
la *sonde de Krause*, d'une valeur in
certains cas et alors bénigne, mais tr
gereuse de par la lenteur de son actio

Pour ma part, quand il n'y a pas u
col complètement intact, je préfère à

au moins pour amorcer le travail. Si l'on
, loin la dilatation, et cela est facile en deux
eillera souvent l'action utérine qui dispen-
avre ultérieure Nombreux sont les adver-
; Mon chef, M. Jentzer, qui en est, ne m'en
; pas d'être en désaccord avec lui sur ce
) de mon ancien maître, Peter Müller, que
r la tige de laminaire comme l'excitateur
cellence des contractions utérines. Préparée
ne lui ai jamais vu donner lieu aux accidents

les laminaires sont antipathiques, un col
ra être rendu perméable pour un ou deux
ngies de Hegar ou *de Fritsch*. Plus rapides
nais sans action sur l'utérus, elles ont en
) de provoquer assez souvent des déchirures
nportance en elles-mêmes, mais servant
n plus profonde au cours de l'accouchement

) ou une autre, le col étant perméable pour
ion du travail s'impose, on passera au tam-
la gaze iodoformée ou à l'application d'un
seront employés dès le début, quand le col
ou facilement dilatable comme par exem-
'es à terme.
du canal cervical à la gaze, dont l'action
premier préconisée par Vulliet, a l'avan-
ie facile, ne requérant aucun instrument
iode de choix pour le médecin praticien.
gent déjà plutôt dans la seconde catégorie
laquelle ils me semblent indiqués en pre-

'latation relativement rapide.

lle que nous avons en vue quand nous vou-
:célérer le travail et quand, sans qu'il y ait
ur la mère ou pour l'enfant, nous désirons
nent dans un laps de temps ne dépassant
ieures. Dans les premiers mois de la gros-

sesse, où l'utérus peut être
petit, les laminaires et les bo
ment de place pour extraire
l'œuf retenues dans la matr

Permettez-moi d'ouvrir ic
cette manière de faire à to
assez considérable des consé
médecins peu rompus aux
d'affirmer que non. Avec Pe
mains de praticiens inexpér
et l'expectative donnent de
digital ou instrumental après
fisante.

Dans les derniers mois de
ment, le doigt pénètre ou bi
effort à travers le col ramoll
perméabiliserait préalablem
gies de Hegar. Quand alor
question, il faut qu'elle soit
tion de l'enfant ou au moins
le champ d'action par exce
colpeurynter de Carl Braun
lons élastiques de Fehling,
inextensible de Champetier
Beissard en France, de A.
Angleterre).

Devant les membres d'un
rément inutile de m'étendre
trautérine. La grande majo
à constater que le ballon,
judicieusement, est presque
fensif, à la portée de tout
effraction une dilatation con
court pour répondre à l'urge
c'est à dire généralement e
moins, rarement en plus de

Hartz, résumant dans une
pectifs des ballons et des dil
principaux accoucheurs d
métreuryse le progrès le p
moderne.

près la même question au point
nent du côté du ballon toutes
ɜ de répondre à l'urgence qu
.. Les adversaires du ballon lu

nent comme tous les tissus er
ɔlus qu'on s'en sert moins. C'
ans importance pour le médec
ɜment le ballon de sa trousse.
truments faits exclusivement e
ns de Champetier de Ribes qu
ɪs les autres, j'en ai eu entre le
pendant plusieurs années et n
idité malgré l'ébullition fréq
oumis. J'ai vu par contre des
ɪtion allemande, devenir inut
En n'employant que des pro
trôlant de temps en temps son
ɔ très désagréable de voir un ins
ment où on en a besoin.
.e fœtale en présentation ou de
.cieuse, une procidence de cord
ı n'a qu'à ramener au détroit s
ı plus souvent la tête, au mo
on est prolabé, on fera la versi
quefois l'application du ballon p
e; on ne devrait même pas es
ndément engagée et appliqué
inférieur.
ɪsistent particulièrement sur la
'après Ribemont-Dessaigne, si
le ballon de Champetier peut
ıl. Je me suis convaincu moi-
u ballon rempli au maximum ét
ns provoquer de contraction ef
ion *complète*. Pour obtenir à
, il ne faut pas se contenter d
il faut savoir le gonfler et le d
ɜxerçant quelques tractions sur
ɜ que Varnier appelle l'*emploi*

Je n'ai aucune expérience personnelle du *ballon de Tarnier*. Ses partisans en vantent la grande simplicité opératoire et sa sûreté d'action assez marquée (Ribemont). Pinard en conseille l'usage d'une manière exclusive chez les primipares ou chez les multipares dont le col cicatriciel ne permet pas d'emblée l'introduction d'un ballon de Champetier de Ribes. De même, je n'ai jamais eu recours aux procédés de Treub, de Porak, de Demelin, analogues à celui de Tarnier, mais présentant sur celui-ci l'avantage d'une improvisation séance tenante.

Enfin, je ne ferai que mentionner l'*écarteur utérin de Tarnier* qu'à dessein, je ne range pas parmi les dilatateurs métalliques, puisque, d'après son auteur même, il est destiné en première ligne à exciter les contractions utérines. C'est un instrument qui peut être considéré comme délaissé à l'heure actuelle.

3. *Dilatation très rapide.*

Je n'ai pas à m'occuper ici des indications opératoires de la clinique. Je ne discuterai donc pas la question de savoir si toute éclampsie demande l'évacuation immédiate, comme l'a tout récemment encore chaudement préconisé Bumm; je n'essayerai pas de justifier ou de condamner l'infanticide thérapeutique. Je me bornerai simplement à constater que, pour le plus conservateur des accoucheurs, il y a des cas qui exigent une dilatation aussi rapide que possible, et à rechercher ce que donnent à cet effet les différents procédés en usage. C'est dans cette éventualité qu'entrent en ligne de compte :

A. l'application du ballon de Champetier de Ribes avec traction;

B. La dilatation manuelle, uni ou bi-manuelle (complétée au besoin par l'action du siège sur le col après une version).

C. La dilatation à l'aide de l'instrument de Bossi.

D. Les procédés sanglants : incisions multiples de l'orifice externe, incisions profondes du col d'après Dührssen, opération césarienne vaginale (Dührssen), hystérotomie vaginale antérieure (Bumm). Ces derniers procédés ne rentrant pas dans le cadre d'une étude sur la dilatation proprement dite, je ne ferai qu'indiquer ce que nous pensons à la Maternité de Genève des incisions; nous admettons et recommandons les incisions multiples de l'orifice externe après effacement total, mais nous

. les incisions cervicales profondes de

Champetier de Ribes avec traction manuelle — J'estime cette méthode excellente pour dilatation d'un col même assez résistant urgence absolue; si la dilatation doit être dire si on est obligé d'exercer de fortes de remplissage, on risquera cependant de erture d'à peu près 6 cm., suffisante pour e broyée, mais incapable de laisser passer

nuelle, soit uni-manuelle, soit bi-manuelle ire. — Nous avons tous fait, consciemment tion manuelle en pratiquant une version mplète. Mais de son emploi *systématique* es cols plus ou moins rigides et longs, je ce très restreinte, m'étant toujours trouvé pitaliers, où la dilatation manuelle n'était lois dire que dans les quelques cas où je thode m'a donné pleine satisfaction [1]. En çon générale, la main ne jouit pas d'une e instrument de dilatation. En France et ntre, après avoir subi de nombreux hauts uni-manuelle semble redevenir la manœu- par exemple, conseille formellement la dila- t et avec une seule main à l'exclusion de Voici les conclusions de Fieux qui rendent, bien l'opinion des acccoucheurs français ue son exposé ne porte que sur l'accouche- léré, mais ses conclusions sont valables

de ce rapport, m'inspirant de la chaude recomman ssier (v. le compte rendu de la séance de la *Société cologie* du 19 mai qui paraîtra prochainement dans e méthode dont il a une grande expérience, j'ai tation manuelle pour accoucher des éclamptiques, e l'avoir préférée à l'instrument de Bossi. Qu'il me n de ces cas :

sesse terminée par une fausse-couche à trois mois) amptique Col perméable pour un à deux doigts, Dilatation digitale, puis uni-manuelle. Version et vant, le tout en quinze minutes Déchirure du col on vaginale, mais pas d'hémorragie Suites nor- sans laisser plus de traces qu'un accouchement

aussi bien pour tout autre cas nécessitant une dilatation rapide) :

1° « Les cas qui ne réclament pas une terminaison *très rapide* sont justiciables de l'emploi du ballon de Champetier de Ribes manœuvré activement, quitte à recourir à la main, s'il va trop lentement, et si les événements viennent subitement à exiger une terminaison immédiate.

2° Ceux qui demandent la déplétion utérine aussi accélérée que possible veulent d'emblée l'intervention manuelle, manœuvre unimanuelle d'abord, suivie de la méthode de Bonmaire.

3° Les cas intermédiaires comme urgence peuvent être heureusement traités par la combinaison, ou plutôt par l'emploi successif de la dilatation uni-manuelle et du ballon manœuvré activement ».

Dans la plupart des cas, on fera suivre la dilatation manuelle d'une version, et alors on aura dans le siège de l'enfant l'instrument par excellence pour parfaire la dilatation. Cette manière de faire, c'est à dire la dilatation systématique par le siège de l'enfant après abaissement du pied, Bumm la recommande tout spécialement au praticien alors que le col est effacé et que l'orifice est perméable pour un ou deux doigts.

C. *Dilatation à l'aide de dilatateurs métalliques.* — Sans m'arrêter au dilatateur à deux branches de A. Mueller en forme d'ouvre-gant et de l'instrument en forme de tulipe de Schwarzenbach, de Zurich, plus ou moins indépendants de celui de Bossi, j'arrive enfin au *dilatateur de Bossi* et à ses nombreuses imitations et modifications.

C'est incontestablement le mérite de Bossi d'avoir réintroduit dans l'obstétrique la dilatation instrumentale déjà connue et pratiquée, et presque toujours condamnée par les accoucheurs de tous les temps. Mais malgré les succès que l'instrument de Bossi donnait à son auteur depuis 1891, son usage ne s'était guère répandu au delà de son pays d'origine. C'est à la grande autorité de Leopold qu'incombe la responsabilité d'avoir suscité parmi les accoucheurs de langue allemande un enthousiasme un peu excessif peut-être pour la méthode de Bossi. A la suite de la publication du mémoire de Leopold en 1902, pendant de longs mois on ne put ouvrir un périodique allemand sans y trouver de véritables dithyrambes sur la méthode préconisée par lui. A cet enthousiasme du début a rapidement succédé une réaction qui, comme de juste, a tout l'air de vouloir dépasser le but dans le sens inverse.

réunir tous les cas traités d'après Bossi
ıbleau d'ensemble. J'ai reculé devant
aussi devant le peu d'intérêt d'une
ɥui ne pourrait tenir compte du facteur
ɜst-à-dire de l'état du col. En effet, la
borne à indiquer le degré de dilatation
mentionner le degré d'*effacement*. Mais
ure sur ce point, qui me paraît consti-
discussion sur le Bossi.
ɔvendiquent pour sa méthode les parti-
ɔonnus pour que j'y insiste ; on arrive-
ɜn quelques minutes s'il en est besoin,
ıre, à ouvrir un col plus ou moins
g, suffisamment pour extraire un enfant
e, et cela sans effraction.
.e donner ici le détail des indications
ion métallique, je me bornerai à cons-
prises très différemment par les diffé-
ont employée, et qu'elles se sont sensi-
le courant de ces derniers mois.
·dent de la nouvelle religion est sans
ɔux qui croit le dilatateur métallique
toute l'obstétrique. M. de Seigneux [1] a
ir de raccourcir la période de dilatation
vail *normal* et voudrait à l'avenir voir
emblée comme une opération chirurgi-
erminée dans un laps de temps inférieur
Mais M. de Seigneux lui-même, dans
.'il fit à la *Société médicale de Genève*, le
sensiblement les conclusions énoncées
il, ainsi que le fit remarquer M. Gau-
indications de la dilatation métallique à
requérant la délivrance rapide.
comment se comporte l'instrument de
incipale objection qu'on puisse lui faire,
ol. Au début, tous les auteurs étaient

1. 70.
a *Revue médicale de la Suisse romande* du
donc malheureusement en faire état dans mon

isse rom., 20 mars 1904, p. 238.

unanimes à vanter l'absence d'hémorr
tégrité du col après son emploi ». Dans
relevé que 3 fois une déchirure « in
cependant cru devoir suturer 2 fois ! Pl
vateurs font remarquer que la déductio
par conséquent, pas de lésion du col »
observations de lacérations plus ou m
quelques hémorragies graves se multip
très consciencieux de von Bardeleben e
vent d'une manière péremptoire que l
près inévitable quand le col n'est pas c
à la vérité, cette lésion produite par une
vent ne saigne pas, mais qu'elle n'en e
par la prédisposition à l'infection et les
(paramétrite, cicatrice, etc.) qu'elle im
dant que les deux auteurs cités ont un
l'importance de ces contusions, sur la
pourra se prononcer que plus tard, qua
suites éloignées.

Sous l'influence de relations défav
revirement se fit ; quelques-uns des p
nouvelle méthode, comme Knapp, reco
être dangereuse et qu'il fallait en user
dans la pratique courante. Leopold mê
ment, restreint notablement les indicati
l'origine, puisque, dans son dernier m
pour que le procédé soit sans danger, i
certain effacement, 2° que la contract
feste, 3° que la dilatation se fasse le
cependant convaincu que le dilatateur
devenir l'instrument de choix pour le
analyser ici les mémoires très nombreu
méthode. De tous côtés, des cliniques
Chrobak, Bumm, Ballantyne, pour ne c
partent des avertissements conseillant
voire des cris d'alarme. En France, le p
avoir suscité peu de sympathie ; dep
Fieux (juin 1901) qui écarte absolum
talliques, je n'ai pu relever dans la bib
munication à ce sujet.

Que l'on condamne délibérément

certaine réserve, il y a un point sur lequel
d'accord aujourd'hui (à part Leopold et une
e ses partisans), c'est que la dilatation métal-
tre entreprise que par un accoucheur expéri-
, de toutes les publications récentes, il se
ement la conclusion que si le procédé est
ensif le col étant effacé, la déchirure du col
inévitable, le col ayant toute sa longueur.
que dépend avant tout le pronostic. Il est
it pas envisagé cette question dès le début.
17 observations de Leopold, j'ai été frappé de
e fois la mention d'un col ayant toute sa lon-
is il était *halbfingergliedlang*, d'autres fois
lus souvent la dilatation *seule* est citée comme
d'une pièce de 1, 3, 5 M., etc. J'en conclus
niers cas, l'effacement était complet. Qu'alors
ateur soit sans danger, je veux bien le croire,
écessaire ? C'est ce que Leopold et ses imita-
ffisamment prouvé. Pour ma part, ce n'est
ue je réserverais le procédé qui nous occupe,
s dans le ballon, la dilatation manuelle ou
iples, des moyens plus simples pour ouvrir
l complètement effacé. Ce sont bien plutôt
, graves où une dilatation rapide paraît néces-
effacement n'a pas ou presque pas commencé,
e méthode nouvelle. C'est à ces cas surtout que
s adressés à la Clinique obstétricale de Genève.
employé six fois, une fois par M. Jentzer, cinq
e, mon chef ayant bien voulu me confier la
s, ce dont je lui exprime ma vive gratitude.
n seul cas : avortement provoqué au cinquième
migeste à utérus particulièrement torpide, il
psie grave, très grave même, puisque trois
nt succombé.
ations, très brièvement résumées, en commen-
cas d'éclampsie :

e ; col ayant toute sa longueur, perméable pour un
peu près complète en 40 minutes, forceps, enfant
multiples du col, suturées, pas d'hémorragie.

entzer in *Centralblatt für Gynacologie*, 1903, n° 19.

Obs. II. — I geste ; col comme précédemment. Dilatation à 6 cm. en vingt minutes. Perforation. Déchirure suturée. Suites normales.

Obs. III. — I geste ; col long et totalement fermé. Dilatation à 6 cm. en une demi-heure. Perforation, déchirure peu importante.

Obs. IV. — I geste ; col presque effacé, orifice externe fermé. Dilatation à 9 cm, en vingt minutes. Forceps, enfant vivant, mort quelques heures après d'hémorragie cérébrale. Suites fébriles.

Obs. V [1]. — III geste ; col ayat tout sa longueur, perméable pour deux doigts. Dilatation à 8 cm. en dix minutes, forceps de conscience (présentation de l'oreille postérieure, placenta monstre), perforation, pas de déchirure.

Obs. VI. — I geste : avortement provoqué au cinquième mois. Dilatation du col très rigide à 5 cm. en une demi-heure. Extraction manuelle. Déchirure non saignante.

A première vue, nos résultats sont plutôt encourageants. Dans aucun cas nous n'avons eu d'accident grave. Cependant, je ferai remarquer que deux fois seulement nous avons poussé la dilatation assez loin pour permettre l'extraction d'un enfant intact. Dans l'un de ces cas, le forceps fut appliqué, mais l'extraction fut abandonnée. Reste donc un seul cas de dilatation complète. C'est dans ce cas que nous vîmes se produire des déchirures multiples.

Si nous n'avons pas fait plus souvent la dilatation totale, c'est que nous ne l'avons pas osé. Jusqu'à 6 ou 7 cm. tout va bien, mais à partir de ce moment, l'élasticité du col semble épuisée, la déchirure est imminente. C'est un instant vraiment pénible, où l'on se sent absolument impuissant vis-à-vis d'un accident dont il est impossible de supputer à l'avance l'étendue, avec dans les mains un instrument puissant, mais aveugle.

Ces quelques expériences personnelles, que sont venu confirmer entièrement l'étude de la littérature récente, ainsi que les résultats d'une petite enquête à laquelle je me suis livré auprès de MM. les prof. P. Müller, von Herff, Wyder et Walthard, m'ont convaincu que la dilatation métallique est absolument contre-indiquée toutes les fois que le col a toute ou presque toute sa longeur. Dans cette éventualité, à l'avenir, je n'hésiterai pas, surtout depuis la recommandation très chaude de Bumm,

[1] Voir *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 20 juin 1903.

e vaginale antérieure. Je n'appliquerai
col non effacé, que lorsque la vie de l'en-
gne de compte, c'est à-dire quand une
suffira. Encore ne le ferai-je que si le
ne fois l'effacement accompli, je ne vois
ploi du dilatateur, sans en admettre tou-
'est encore dans les cas d'avortement
nigestes que son application me paraît le
le fait remarquer M. Jentzer [1].
modifications proposées à l'instrument de
sur la diminution du poids de l'instru-
la complication de son mécanisme, sur
nférence du col de la forme des ailettes,
la surface de contact avec le col par la
nches et par l'interposition d'un anneau

t de Bossi est susceptible d'être considé-
t nombreux sont les accoucheurs qui s'y
s les modifications qu'on y a faites, celles
cations de M. de Seigneux me semblent
nd progrès, et si j'avais à appliquer un
je me servirais de préférence de celui de
que son maniement soit loin d'être simple.
dificr l'instrument, on ne changera rien
hode. Et c'est ce principe même qui est

aissé de côté la dilatation dans les cas de
mant qu'elle ne saurait être envisagée
ment de l'insertion vicieuse du placenta.
à l'exception de Leopold et de de Sei-
olument l'emploi du dilataleur de Bossi
ria.
cède, il résulte qu'il est prématuré de
, définitif sur une méthode dont les indi-
nt loin d'être nettement établies. S'il me
ques mots mon opinion sur la dilatation
ue je crois le dilatateur de Bossi, modifié,
place honorable dans l'arsenal d'une
u d'un accoucheur spécialiste, mais non

pas dans la trousse du médecin praticien. Ce sera toujours, selon la formule de Ballantyne, d'Edimbourg, *an exceptional remedy for exceptional cases*. Presque toujours, on pourra s'en passer. Le col étant effacé ou très peu résistant, on le remplacera avantageusement et plus simplement par le ballon de Champetier manœuvré activement ou par la dilatation unimanuelle; le col ayant toute ou presque toute sa longueur, on lui préférera l'hystérotomie vaginale antérieure. Le médecin praticien, avant de s'aventurer dans l'entreprise périlleuse que sera toujours pour lui la dilatation très rapide, fera bien de méditer les sages conseils que lui donne Budin (et tout récemment encore Döderlein [1]) « de n'avoir recours aux manœuvres qui dilatent artificiellement le col que très rarement et seulement lorsqu'il y a danger grave et immédiat pour la vie de la femme ou pour celle de l'enfant ».

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie est donnée par Hartz jusqu'en juin 1903 in *Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gynæk.*, Bd. XIX, Heft 1, qui omet cependant de citer Fieux, *Annales de gynéc. et d'obstét.* 1901, juin. — Depuis ont paru de très nombreux mémoires ; je n'en cite que quelques-uns des plus importants, outre ceux mentionnés plus haut :

Von Bardeleben, *Archiv für Gynæk.*, 1903, Band 70, Heft 1.

Zangemeister, *Centralbl. für Gynæk.*, 1903, n° 4

Ballantyne, *Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp.*, 1904, Febr., p. 136.

Munro Kerr, *Brit. med. Journ.*, 1904, Jan. 9.

Hahl, *Archiv für Gynæk.*, 1904, Band 71. Heft 3.

Labhardt, *Correspondenzbl. für schw. Aerzte*, 1903, n° 10, p. 337, et *Centralbl. für Gynæk.*, 1903, n° 28.

La vie est une forme spécifique de l'énergie universelle.

Communication au *Congrès international de philosophie de Genève*, dans la discussion sur le néovitalisme, Séance du 8 septembre 1904

Par L. Bard
Professeur de clinique médicale à l'Université de Genève.

Le néovitalisme procède, comme le vitalisme ancien, du besoin d'expliquer celles des propriétés spéciales des êtres vivants qui ne paraissent pas explicables par les propriétés des forces physiques qui régissent le monde minéral.

[1] *Centralbl. für Gynæk.*, 1904, n° 17, p. 561.

Les mécanistes se sont efforcés, et s'efforcent toujours plus, de réduire le nombre de ces propriétés ; la synthèse récente des corps organiques, créés par les êtres vivants, mais nullement vivants eux-mêmes, est le progrès le plus capital qui ait été réalisé dans cette voie. Par contre, les mécanistes n'ont fourni aucune hypothèse capable de rattacher au simple jeu des forces physiques connues, les propriétés les plus spéciales des êtres vivants, et notamment celle qui les domine toutes, la finalité en apparence consciente qui préside à tous les détails de leur évolution.

Les deux données irréductibles qui constituent, pour chacun des deux camps, la position la plus forte, sont, assurément : pour les vitalistes, la finalité éclairée du monde vivant opposée à la causalité aveugle du monde minéral ; pour les mécanistes, la notion positive que les êtres vivants ne sauraient pas échapper plus que la matière non vivante à la loi de la conservation de l'énergie, quelles que soient les transformations qu'elle puisse subir.

Or ces deux thèses ne sont opposées et inconciliables qu'en apparence, surtout si on laisse en dehors du débat les facultés intellectuelles des êtres supérieurs, pour le réduire au seul problème de la vie protoplasmique.

S'il est vrai de dire, avec les vitalistes, que rien dans les propriétés connues des forces physico-chimiques, actuellement dénommées et définies, ne permet d'expliquer la finalité, apparente ou réelle, des êtres vivants, rien, par contre, ne leur permet d'affirmer *a priori* que les forces de la matière en soient incapables et qu'il faille nécessairement avoir recours à des hypothèses dualistes.

S'il est vrai de dire, avec les mécanistes, que la vie doit obéir à la loi de la conservation de l'énergie, rien, par contre, ne leur permet d'affirmer qu'il en résulte nécessairement que la vie n'est rien autre que la mise en jeu plus ou moins complexe des modes de l'énergie communs au monde minéral : chaleur, électricité, affinités chimiques, etc.

Pour ma part, au cours de travaux biologiques, surtout d'ordre histologique, poursuivis depuis une vingtaine d'années, je suis arrivé à résoudre le problème à ma manière, en admettant simplement que la vie est une forme particulière de l'énergie universelle, obéissant, comme toutes celles que les sciences physico-chimiques ont étudiées jusqu'ici, à la loi de la transforma-

tion réciproque et de l'équiv
par elle-même une individua
rent des propriétés spéciales
comprendre ma pensée, je d
est une électricité n° 2, une
comprenne que je ne veux pa
de l'électricité que de l'affini
définie, mais que je veux sim
force spécifique et indépenda

La pensée que la vie peut
des formes connues de l'éner
commise entre les substance
cellules vivantes, osséine ou
avec la vie même des élémen
Celles-ci, quoique plus comp
stances organiques simples,
priétés physiques ou chimiqu
mais toujours explicables pa
monde minéral; ces substanc
réellement vivantes, elles ne
apportée par chaque tissu au
dont il fait partie. Ces besoi
satisfaction que la physiologie
pas la vie elle-même; ils ne
l'usine coopérative physico-c
sont les ouvriers participants
tionnement extérieur de la
citoyens actifs. La vie propr
activité sociale, ne se confon
substances dérivées; il faut r
fessionnel pour découvrir leu

Je ne puis pas développer i
constitue à proprement parl
de la vie; je me permets de r
ser à l'exposé que j'en ai f
notamment dans un opuscu
en 1899, sous le titre de : *S*
conséquences en biologie géné
quer brièvement comment ce
effets nécessaires d'une causa
propriétés générales des êt

apparence à la notion de simple causalité, les plus capables d'imposer la notion d'une finalité directrice indépendante de toute force énergétique matérielle : d'une part, la limitation précise et automatique de la croissance et des régénérations partielles des individus; d'autre part, l'évolution des espèces par leur adaptation au milieu, à l'aide de l'hérédité des propriétés acquises.

A la base même de ma conception des forces vitales figure cette notion fondamentale que la force vitale en œuvre dans les cellules reproductrices d'un être vivant, plante ou animal, est essentiellement distincte de la force vitale de ses cellules corporelles ou somatiques : la première, unitaire et synthétique, expression complète de toutes les propriétés virtuelles de l'être ; la seconde, donnant lieu à des modalités aussi multiples que les tissus constitutifs de l'organisme considéré. Les modalités diverses de la seconde procèdent de la dissociation systématisée de la première au cours du développement histogénique de l'individu ; il y a entre elles une différence de même ordre que celle qui sépare la lumière blanche des couleurs que le prisme dissocie en elle : les cellules reproductrices jouissent d'une force vitale totale, d'une *vie blanche*; les cellules somatiques jouissent d'une force vitale fragmentaire, d'une *vie colorée*.

Dans l'intérieur d'un même organisme, tous les circuits fermés de vie, que représentent les cellules, s'influencent les uns les autres à la façon des circuits électriques; cette *induction vitale* constitue leur mécanisme régulateur automatique. Les vies colorées, résultant de la dissociation de la vie blanche, sont, de par leur source même, dosées de telle sorte que leur ensemble total équivaut à la vie blanche dont elles procèdent. Dès lors, par le simple fait de sa capacité de reproduction et croissance, quand l'une des couleurs verra diminuer accidentellement sa masse, elle se reproduira jusqu'à la dose nécessaire pour reconstituer la vie blanche de l'ensemble, limite qu'elle ne saurait dépasser que sous l'influence de déviations pathologiques. Par là est assurée l'harmonie du tout, par la limitation automatique de chacune de ses parties, sans qu'il soit besoin de faire intervenir une influence régulatrice extérieure et immatérielle.

De même pour l'évolution de l'espèce sous l'influence des milieux; l'adaptation de l'individu au milieu s'effectue, comme on le sait, par le développement fonctionnel de celles de ses

cellules somatiques que le milieu met plus spécialement en activité ; l'adaptation de l'espèce résulte de l'induction exercée par la force vitale ainsi exaltée de ces cellules somatiques, par leur vie colorée propre, sur les éléments correspondants de la vie blanche des cellules reproductrices incluses au sein du soma. Les cellules somatiques, directement excitées par le milieu physique, jouent le rôle d'un transformateur d'énergie, qui permet à ce milieu d'exercer son influence, par leur intermédiaire, sur la chaîne ancestrale qui se déroule dans les organes reproducteurs. Là encore la finalité apparente n'est que le résultat d'une causalité accumulée au cours des générations successives, toute réserve faite des finalités plus hautes et plus lointaines, que l'on voudrait invoquer pour expliquer la création elle-même ; celles-ci doivent rester en dehors du problème plus modeste de l'essence et du mécanisme de la vie protoplasmique.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE LA SUISSE ROMANDE

Séance du 21 janvier 1904 à la Maternité de Lausanne

Présidence de M. Auguste Reverdin

M. Muret lit un rapport sur *les indications opératoires des tumeurs fibreuses de l'utérus* (Voir p. 419).

M. Roux est d'accord en général avec M. Muret, cependant il veut briser une lance en faveur de la *castration*, parce que cette dernière opération est une bagatelle en comparaison de l'hystérectomie. En tout cas il l'a souvent vue suivie de la disparition des hémorragies et aussi d'une diminution de volume des myomes. Il faut extirper non seulement les ovaires, mais aussi les trompes et une bonne partie du ligament large. La castration est indiquée dans des cas pour lesquels notre conscience aurait pu ajourner une intervention chirurgicale.

M. Roux a été souvent consulté par des malades arrivées à la période d'*anémie extrême* ; il faut arriver à faire comprendre aux femmes souffrant de myomes qu'elles ne doivent pas attendre pour solliciter une intervention d'être atteintes d'affections cardiaques : *cœur gras* et *cœur brun*. M. Roux n'entreprend jamais de suite une opération chez des malades qui ont beaucoup saigné ; il s'applique toujours à les fortifier préalablement.

A propos de la *myomectomie*, il cite l'observation d'une femme qui subit une myomectomie pendant la grossesse, sans que celle-ci se soit interrompue. Chez une autre malade également enceinte, la grossesse suivit néanmoins son cours normal malgré une castration. S'il y a une seule tumeur, bien palpable, M. Roux fait la myomectomie.

M. Rossier est heureux que M. Roux ait pris la défense de la castration. La myomectomie est et restera certainement l'opération idéale. Si l'on enlève l'utérus seul, les ovaires s'atrophient généralement dans l'espace de trois ans. Lorsque le myome ne constitue pas par son volume une indication pour l'ablation totale de la matrice, M. Rossier fait volontiers la castration. Après cette intervention, on compte à peu près 100 % de guérisons quant aux hémorragies et 80 % d'améliorations, soit diminution du volume des myomes.

M. Beuttner : Contre la castration on pourrait faire valoir deux faits : 1° Les myomes augmentent assez souvent de volume après la ménopause, comme l'a démontré le prof. Muller. de Berne. 2° Il ne semble pas logique d'extirper les organes sains, les ovaires, pour laisser en place l'organe morbide, l'utérus avec le ou les myomes.

M. König : Le prof. Muller a été grand partisan de la castration, mais cette intervention n'est pas toujours facile et les fibromyomes s'accroissent assez souvent à sa suite. M. Muret a mentionné parmi les contre-indications à l'opération pour fibromes la dégénérescence du cœur. M. König fait remarquer à ce propos la concomitance fréquente du fibrome avec une certaine dégénérescence cardiaque. Ces troubles cardiaques ne sont pas dus à une véritable myocardite et semblent liés à la présence des fibromes, puisqu'ils s'aggravent à mesure que la tumeur augmente ; ils s'expliquent, si l'on admet l'hypothèse de l'origine vasculaire ou péri-vasculaire des fibromes. Le fibrome serait alors en quelque sorte, ainsi que certains gynécologistes allemands l'ont avancé, une manifestation isolée d'une affection vasculaire ou péri-vasculaire. L'influence de l'opération sur l'état du cœur ne peut être niée et dans certains cas l'ablation de la tumeur amène la disparition de ces troubles cardiaques qui doivent donc être considérés comme une indication opératoire.

M. Bastian a observé un cas de prolapsus avec myome après la ménopause ; l'ablation totale fut suivie de la disparition des troubles cardiaques, qui existaient avant l'opération. Il parle aussi de la *ligature atrophiante*, qu'il a pratiquée soit par voie abdominale, soit par voie vaginale.

M. Roux a peu de confiance dans la ligature atrophiante ; il se forme plus tard d'autres voies de communication par la circulation collatérale.

Les troubles cardiaques qui accompagnent la présence des myomes se classent en deux catégories : La première constitue le cœur brun, décrit en premier lieu par les anatomo-pathologistes. La seconde est le cœur gras, provenant des hémorragies, c'est-à-dire d'une altération dans la compostion du sang. Le fibro myome agit sur le cœur presque de la même manière que le goître ; le cœur bat faux ; il y a *fuite*, trop de sang s'échappe dans les tumeurs (*Pseudoklappenfehler*).

e qui concerne la castration, la question importante pour M. Roux rd de guérir les malades. Les troubles de la ménopause artifi- paraissent au bout de six à douze mois après la castration, il ler un modeste embonpoint. M. Roux pratique généralement la n longtemps avant la ménopause physiologique, il a aussi opéré une vingtaine d'années après la cessation des règles pour cause d'aug- n de volume des fibromes. Quand on éprouve de la difficulté à es ovaires ou à les extirper, on pratique une autre opération que a castration. M. Roux emploie fort rarement celle-ci pour des tu- lumineuses, il enlève des fibromes gros comme une tête d'enfant; t il aimerait qu'on fasse la castration quand on éprouve des scrupu- urir à une opération plus grave et quand l'état du cœur s'oppose tre intervention.

SIER : Il s'agit le plus souvent d'une dégénérescence sarcomateuse gmentation du volume des fibromes après la ménopause.

NIG : Il est très difficile de diagnostiquer une dégénérescence sar- e. Les troubles cardiaques chez les fibromateuses sont de deux s très distinctes, tantôt occasionnés par la *faite* (Roux), tantôt ants de l'anémie, puisqu'ils s'observent chez des personnes n'ayant i très peu saigné. C'est à ces troubles qu'il faut attribuer cer- orts opératoires survenues quelques heures après une interven- tivement facile et peu sanglante.

RET : Quand on a diagnostiqué un cœur gras ou brun, ce qui rement, il vaudrait mieux ne pas opérer ; en pareil cas les trou- iaques ne pourraient pas constituer une indication opératoire. qui est de la castration, M. Muret a seulement l'expérience qu'il e à la clinique du prof. Freund, à Strasbourg. La castration rtainement lieu à des complications : exsudat, sténose du col par de l'utérus, hémorragies après la ménopause artificielle. En . ne sait souvent pas à quel fibrome on a affaire ; s'il existe un ous-muqueux, les hémorragies peuvent continuer malgré la cas- nous connaissons aussi des cas de dégérescence kystique, des *post castrationem*. En tous cas on doit réserver la castration pour xceptionnels.

MMER a aussi pratiqué quelques castrations pour fibro-myomes, ne façon générale il fait une opération plus radicale.

Séance du 17 mars 1904 à la Maternité de Genève.

Présidence de M. M. MURET

STIAN désire la continuation de la discussion sur la castration omes, parce qu'il estime que cette question n'a pas été traitée à s notre séance précédente.

M. Mubet croit que les défenseurs de la castration n'étant pas présents, il serait préférable d'ajourner cette question.

M. Bétrix a revu les cas de myomes opérés par lui au point de vue des indications opératoires; ces cas sont au nombre de 21, soit un tiers des cas qu'il a observés. Dans la majorité des cas opérés les hémorragies, les symptômes de compression et l'augmentation rapide de volume constituèrent les indications opératoires. M. Bétrix a relevé quatre cas pour lesquels l'indication opératoire fut différente :

Dans les deux premiers cas il s'agissait d'utérus peu volumineux, farcis de petits myomes qui occasionnaient des douleurs excessives; ces deux cas ont donc été opérés (par le vagin) à cause des symptômes douloureux.

Dans un troisième cas l'opération a été faite à cause de complications puerpérales, dues à la présence d'un fibrome suppuré ; il s'agissait d'une femme atteinte d'un volumineux myome de la matrice. Après un accouchement la malade présenta des symptômes fébriles et fut envoyée à la Maternité, avec le diagnostic : *Infection puerpérale et fibro-myome.* On reconnait la présence d'une tumeur utérine dépassant l'ombilic de deux à trois travers de doigts. Pas de fétidité des lochies, mais température vespérale variant entre 38,5 et 39°. *Laparotomie et ablation totale par le procédé de Bumm.* A l'examen macroscopique, on constate les lésions suivantes : la muqueuse est épaisse et hyperhémiée; sur la paroi postérieure une légère perte de substance qui doit répondre au point d'insertion du placenta. Sur un autre point on constate une autre perte de substance dont le fond présente une coloration brunâtre, etc. Dans le myome plusieurs cavités remplies de pus.

Dans le quatrième cas il s'agissait d'une femme de 59 ans, ayant dépassé depuis cinq ans la ménopause. L'utérus avait grossi considerablement depuis quelques mois et en même temps étaient survenues des douleurs extrêmement violentes, sans qu'il se fût produit aucun écoulement par le vagin. Depuis quelques jours la température vespérale variait entre 38° et 38.5. Diagnostic posé : dégénérescence maligne d'un myome, mais à l'opération on constata un hématometra d'une contenance d'environ deux litres et un hématosalpinx double dus à la présence d'un polype fibreux, siégeant au niveau de l'orifice interne et ayant subi la dégénérescence graisseuse du volume d'une mandarine; ce polype fermait hermétiquement le canal cervical.

M. Bétrix présente encore un *polype intrautérin* du volume d'une orange, enlevé par lui chez une femme qui avait été traitée par des confrères par un traitement électrique.

M. Beuttner : Il est une question intéressante à discuter, celle de savoir s'il faut enlever les ovaires ou les conserver (si l'on peut) dans les cas d'hystérectomie sus-vaginale.

M. Aug. Reverdin est partisan de l'extirpation des ovaires avec les fibromes.

M. Bourcart a observé deux cas qui se rattachent à cette question :

elui d'une hystérectomie totale vaginale ; l'ovaire droit kystique , tandis que l'ovaire gauche fut laissé en place. Dans l'autre cas tomie, M. Bourcart a pu conserver les deux ovaires.

. Reverdin s'est toujours intéressé à cette question. Il désirerait faut enlever les ovaires quand la femme n'a pas encore atteint use.

rian . Dans les cas où l'on veut faire une hystérectomie sus- combien de muqueuse du col faut il laisser ?

ttner : Il y a en somme deux questions bien distinctes : 1° Faut- les ovaires quand on a à faire une hystérectomie *supravaginale* ovaires sont sains ? 2° Doit-on enlever les ovaires quand on a à hystérectomie *totale* et que les ovaires sont sains ?

premier cas, c'est-à-dire s'il existe une plus ou moins grande le muqueuse du canal cervical, la malade peut encore, si on ovaires, avoir des règles, car il existe une certaine connexion ovaires et la muqueuse utérine. *Dans le second cas*, il ne semble y ait de raison de conserver les ovaires, car ceux-ci s'atrophient n'y a plus trace de muqueuse utérine. De plus les ovaires pour- générer plus tard malignement. Quant à la quantité de muqueuse conserver, il faut en laisser le plus possible

Reverdin : On détruit souvent la muqueuse du canal cervical rmocautère.

ttner : On a, il est vrai, conseillé la cautérisation de la muqueuse cervical pour détruire les germes qui peuvent s'y trouver, mais donné cette pratique comme superflue.

. Reverdin : Les rapports entre la muqueuse et les ovaires sont- tablis au point de vue clinique et expérimental ?

ttner : Les relations entre la muqueuse du col et les ovaires udiées par le prof. Zweifel, lorsqu'il a préconisé sa méthode tomie supravaginale, en laissant le plus possible de muqueuse ous sommes moins bien renseigné sur la question de l'atrophie es, consécutive à l'hystérectomie totale, cependant Zweifel, examens minutieux, a constaté cette atrophie, comme l'ont fait Brennecke, Chrobak et Segond.

rian pratique l'hystérectomie en amputant au niveau du cul-de- rte qu'il reste naturellement très peu de muqueuse du canal

imer conserve, si possible, les ovaires ; il est partisan de l'extir- s trompes, car on a observé des infections post-opératoires pro- celles-ci. Il a constaté des différences entre les malades aux- a enlevé les ovaires et celles chez lesquelles il a laissé ces

rcart : Doit-on prescrire de l'ovarine aux malades auxquelles vé les ovaires contre les troubles de la ménopause artificielle ?

et considère l'ovarine comme agissant mieux contre les trou-

bles de la ménopause physiologique que contre ceux de la ménopause artificielle. Il conserve, si possible, un ovaire; dans les cas où il a été obligé d'enlever les deux ovaires, il a observé des troubles. Il estime que l'existence de l'atrophie des ovaires après l'extirpation totale de l'utérus n'est pas suffisamment prouvée. Kœberlé a vu survenir une grossesse extrautérine après une hystérectomie supravaginale. On a aussi observé des cas de fonctionnement des ovaires avec absence congénitale de l'utérus.

M. Beuttner a publié la relation d'un cas où il existait un utérus rudimentaire sans traces de muqueuse; on constata à la laparotomie des ovaires normaux et dont l'activité était conservée.

M. Muret : Pourquoi cette laparotomie?

M. Beuttner : Parce que ces ovaires provoquaient des douleurs intenses au moment où les règles devaient venir.

M. Muret : Dans ce cas les ovaires fonctionnent alors malgré l'absence de la muqueuse utérine.

M. Beuttner : Il faut faire une différence entre les ovaires qui, pendant des années, ont été en relation avec une muqueuse utérine et ceux qui n'ont jamais subi l'influence de cette dernière.

M. Muret : Il n'y a pas d'inconvénient à conserver un ovaire sain; il a été établi de plus par les expériences qu'on observe après la castration des changements assez importants dans la composition chimique des produits excrétés.

M. Aug. Reverdin présente une pièce provenant d'une de ses malades; elle montre les trois différentes formes de *fibromes* et pèse cinq livres; la malade avait en outre un *kyste de l'ovaire* qui contenait 26 litres de liquide.

M. König montre un *utérus fibromateux avec prolapsus du vagin*. Extirpation vaginale.

M. Huguenin présente une pièce très intéressante provenant de l'autopsie d'une femme âgée de 66 ans; il existe sur la paroi postérieure de l'utérus un gros *fibrome kystique dont la cavité renfermait deux litres de pus;* il y a en plus *perforation du Douglas et du rectum* et adhérences avec les intestins. La malade avait subi une laparotomie exploratrice une année avant sa mort.

M. Beuttner montre quatre pièces anatomiques conservées par le procédé du Dr Pick de la clinique du prof. Landau à Berlin, soit un hydrosalpinx, une grossesse extra-utérine, un kyste de l'ovaire et un polype intrautérin.

Le Secrétaire : Dr Beuttner.

BIBL

Ch. Julliard. — Sur un cas d'l
pliqué d'occlusion intestinale
la *Rev. de gynéc. et de chir.* (

L'angiome caverneux du mé
dans la littérature médicale ; l'a
à l'Hôpital cantonal de Genève
homme de 17 ans. La tumeur éta
jusqu'au moment où elle déterm
le malade à l'hôpital ; il succ
péritonite après avoir subi succ
tion de la tumeur avec résection
ficiel. L'autopsie fit reconnaître
quatre kilogrammes. M. Ch. Ju
servation de ce cas intéressan
étude, qu'il résume dans les co

1° L'angiome veineux cavern
grande rareté. Il n'a été jusqu
nous, et siégeait dans le mésent

2° Il est très vraisemblablem
aux dépens d'une veine mésent

3° Il se développe lentement
sans les infiltrer ;

4° Son allure est bénigne, il

5° Il peut acquérir un volum
ce fait ;

6° Il forme une masse unique
inégaux rappelant un chou-flem
Elle est recouverte d'un péritoi

7° Les symptômes en sont an
Ils n'ont rien de pathognomoni
toute spéciale de la tumeur ;

8° Le diagnostic en est diffici
emps, que par élimination ;

9° Le pronostic en est grave,
bles de compression directe, le
enclin à voir se développer un
traction opérée par le néoplasm

10° Le seul traitement rationn
tiquer de deux manières différen
pation accompagnée de résection

11° Les dangers de l'opération sont considérables. Indépendamment des difficultés techniques dont l'existence est toujours préjudiciable au malade parce qu'elles prolongent la durée de l'intervention, ce dernier est exposé à mourir soit de choc opératoire, soit de syncope consécutive à la traction du plexus solaire, soit enfin et surtout par gangrène intestinale résultant de la section des vaisseaux mésentériques et notamment de l'anse anastomotique vasculaire para-intestinale.

C. P.

J. Dejerine et M. Egger. — Les troubles objectifs de la sensibilité dans l'acroparesthésie et leur topographie radiculaire. *Revue neurologique*, 30 janvier 1904.

L'acroparesthésie que Pick, de Prague, a considéré comme ayant une distribution radiculaire, est le sujet de quatre nouvelles observations de MM. Dejerine et Egger. L'existence dans l'acroparesthésie de troubles de la sensibilité objective d'une part et la topographie radiculaire de ces troubles d'autre part leur paraissent décisives quant à la localisation de la lésion de cette affection, qui doit selon eux relever d'une lésion irritative des racines postérieures dans leur trajet intra-médullaire. Aux troubles vaso-moteurs : asphyxie locale, doigt mort, et aux troubles subjectifs : fourmillements, picotements, dont la topographie radiculaire a été signalée par Pick, s'ajoutent, ainsi que le montrent les observations de MM. Dejerine et Egger, des hypoesthésies à topographie également radiculaire. Il y a une grande analogie entre ces troubles radiculaires de la sensibilité et ceux du tabes.

J. L. P.

J. Dejerine et M. Egger. — Un cas de névrite radiculaire sensitivo-motrice généralisée à marche chronique. *Revue neurologique*, 15 juin 1904.

Les paralysies radiculaires des membres supérieurs dues au traumatisme ou à une compression sont aujourd'hui bien connues depuis les travaux de Duchenne de Boulogne, d'Erb, de Mme Dejerine-Klumpke et d'autres. Pour le membre inférieur par contre et pour ce qui concerne les paralysies radiculaires généralisées, nous sommes beaucoup moins avancés. C'est un cas de névrite radiculaire sensitivo-motrice généralisée à marche ascendante que publient MM. Dejerine et Egger, en suivant en détail ses différents symptômes. L'affection a commencé par les racines sacrées antérieures avant de se communiquer aux racines correspondantes postérieures. Plus tard, lorsque l'affection atteignit les extrémités supérieures, les paires antérieures et postérieures se prirent en même temps, mais sans qu'il y ait eu parallélisme. En effet les troubles de sensibilité intéressent les racines inférieures, les troubles moteurs les racines supérieures du plexus brachial. La pathogénie paraît relever d'un processus

méningitique et la lymphocytose co
l'appui de ce diagnostic.

Dr Marc Blatin. — Le soignage mé
en France, ce qu'elles sont en A
Un vol in-12 de 276 pages. Paris

Ce travail est une étude approf
médical inférieur en France et Ang
Il montre les défauts des infirmiers
nistes de France, qui sont dus sur
ceux-ci pour la lourde tâche qui le
suite d'un exposé fort détaillé, com
pable. Il présente ensuite un tables
qui, parait-il, sont cent fois supéri
gieuses de France. Il estime cepe
meilleures, si leur instruction sci
dans un dernier chapitre les moyen
nir des infirmières ayant une valeu
l'Angleterre.

La lecture de cet ouvrage est util
des Français, mais aussi pour nous
ce qui existe en Angleterre, ainsi q
ont fait un stage dans ce pays. Le l
en particulier à Genève, qui a fait
miers. Il nous montrera peut-être l
à une amélioration de l'état actuel q
cin a rencontré des infirmières (diac
ment préparées.

Les mesures d'hygiène qu'observe
frappé. Il ne serait pas mauvais que
comme leurs collègues anglaises o
état de santé qui est souvent très p
permettrait de rendre encore plus d

Bouchard et Brissaud. — Traité d
gr. in-8 de 1092 p. avec 32

Ce nouveau volume aborde l'étu
MM. Brissaud et Souques y traitent
et y consacrent un important c
M. Londe s'est chargé de l'idiotie, M
M. Guillain de celles des pédoncule
protubérance et du bulbe, et, en col

rations secondaires ; ce dernier avec la collaboration de MM. Léri, Crouzon et Guinon décrit les maladies intrinsèques de la moelle ; les maladies extrinsèques de cet organe et celles des méninges sont traitées par M. Guinon ; enfin dans un dernier chapitre, M. Lamy étudie la syphilis des centres nerveux. Les maladies des nerfs et des muscles ainsi que les nevroses feront le sujet d'un dixième volume qui terminera cette importante collection dont la place est marquée dans la bibliothèque de tous les praticiens. C. P.

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE — Le prof. Zahn. — Nous annoncions dans notre précédent numéro le décès de ce savant distingué. Nous voulons retracer aujourd'hui brièvement sa carrière et rappeler les éminents services qu'il a rendus à la Faculté de médecine de Genève depuis sa fondation.

Frédéric-Wilhelm Zahn est né à Gemersheim, dans le Palatinat bavarois, le 14 février 1845. Il se destina d'abord à une carrière industrielle, mais bientôt, s'étant décidé à embrasser la vocation médicale, il sut faire preuve, dès la période de ses études, de cette énergie de volonté qui était un des caractères dominants de son esprit. Il lui fallait se mettre un peu tardivement et rapidement en état de passer ses examens de maturité classique; il ne regretta jamais cette étape de sa vie, et nous l'avons souvent entendu se féliciter qu'aucune dispense ne lui ait été accordée à ce moment; il sut en effet atteindre en peu de temps le niveau de ses condisciples et il reconnaissait l'importance des notions qu'il avait été ainsi forcé d'acquérir. Ses études médicales furent commencées à Erlangen et continuées à Heidelberg où il apprécia particulièrement l'enseignement d'Helmholtz et celui de Friedreich, et à Berne où il fut l'assistant de Klebs et fut reçu docteur en 1870. Elles furent interrompues par la guerre franco-allemande à laquelle il prit part comme médecin dans une batterie bavaroise. Ce n'est qu'après la paix qu'il publia à Heidelberg sa thèse inaugurale qui traitait de la nature de l'inflammation et de la suppuration. Ce sujet ainsi que celui d'autres travaux antérieurs relatifs à la physique et à la chimie médicales, indiquent déjà la prédilection de Zahn pour les questions purement scientifiques de préférence à la clinique. Ce fut bientôt l'anatomie pathologique qu'il cultiva presque exclusivement lorsque, après avoir quitté Berne, il se rendit à Strasbourg où il devint l'assistant du professeur Recklingausen ; c'est auprès de ce maître éminent qu'il fit ses premiers travaux dans cette branche. Il ne tarda pas à se faire connaître par d'importantes recherches sur les thromboses et s'acquit ainsi une juste réputation, aussi lorsque se fonda notre faculté de méde-

cine, ce fut lui qui, à l'instigation de Carl Vogt, fut appelé pour y occuper la chaire d'anatomie pathologique; ayant répondu favorablement, il fut nommé professeur le 18 février 1876.

Zahn s'installait bientôt à Genève. Ceux de ses collègues qui l'ont vu de près à ce moment se rappellent encore le zèle et le talent avec lesquels il sut installer ses laboratoires, commencer son musée et vaincre les difficultés que présentait l'organisation d'un enseignement pour lequel tout était encore à créer dans la jeune école de médecine. Ses démonstrations pratiques et ses cours ne tardèrent pas à attirer les élèves. Il professait au début non-seulement l'anatomie pathologique, mais aussi l'histologie normale; la tâche fut bientôt trop considérable vu l'affluence des étudiants, et dès 1881 il dut se faire remplacer par son élève, le Dr Eternod, pour cette seconde branche dont il fut bientôt entièrement déchargé lorsque son suppléant fut nommé lui-même professeur d'histologie normale et d'embryologie. Les locaux mis à la disposition de Zahn dans le bâtiment de la Faculté de médecine devinrent, au bout de quelques années, insuffisants, et il convenait de les rapprocher de l'Hôpital cantonal où les autopsies se faisaient encore dans une modeste annexe. Ce fut alors que fut construit à la Cluse le nouveau bâtiment de l'Institut pathologique. Ce bel édifice, auquel Zahn sut donner une distribution très pratique qui pourra être imitée avec avantage pour des constructions analogues, sera pour ses successeurs un monument qui rappellera longtemps la mémoire de celui qui eut l'initiative de sa fondation. C'est là qu'il transporta son laboratoire et ses collections; celles-ci s'étaient rapidément augmentées et purent se développer à leur aise dans leur nouvelle installation; en 1901, le musée renfermait déjà plus de trois mille pièces anatomiques, dont beaucoup conservées avec leurs couleurs naturelles par la méthode de Kaiserling, et une riche collection de préparations microscopiques, sans compter les très nombreuses pièces à détailler et les coupes histologiques dont le professeur faisait grand usage pour les exercices pratiques de ses étudiants.

L'enseignement de Zahn etait en effet surtout pratique et démonstratif: il suivait attentivement les travaux de ses élèves et leur inspirait le goût de l'observation et des recherches. Il était en toute chose un modèle d'ordre et de régularité et, fort exigeant pour lui-même, il l'était aussi pour les autres, mais si on lui reprochait parfois sa sévérité, ceux qui en étaient l'objet devaient reconnaitre qu'elle était toujours associée a une rigoureuse justice; pour tous les vrais travailleurs il ne ménageait ni son temps ni sa peine, aussi a-t-il su faire produire beaucoup autour de lui; il a pu, en 1901, donner en même temps que la liste de ses publications personnelles fondées sur les recherches faites à l'Institut, celle de plus de quatre-vingt mémoires dus à des docteurs ou étudiants en médecine et qu'on peut considérer comme plus ou moins inspirés par lui, puisqu'ils ont tous été préparés dans l'établissement qu'il dirigeait avec tant de sollicitude.

Les travaux de Zahn se rapportent à des sujets très variés, con convient à un anatomo-pathologiste qui décrit les cas divers que le l des autopsies amène sous son scalpel et sous son microscope. l'intéressait surtout dans l'examen d'un cadavre, c'étaient les lésion se préoccupait peu de l'observation clinique qu'il laissait à ses gues ; bien que se tenant au courant des progrès de la bactériologi la cultivait guère et se bornait en général aux constatations macro ques et histologiques. Il écrivait volontiers et, en 1896, la liste publications comprenait déjà 68 numéros[1] auxquels quelques autre venus s'ajouter depuis. Nous ne pouvons en donner ici le compte complet ni même en indiquer tous les titres. Citons toutefois outre sa et ses publications déjà mentionnées relatives aux thromboses sur le les il eut l'occasion de faire plus tard de nouvelles études, ses rech concernant l'action de la quinine sur la sortie des globules blancs *klin. Wochenschr.*, 1872), ainsi que celles sur le sort des tissus imp dans l'organisme, qui furent l'objet d'une communication au C international des sciences médicales réuni à Genève en 1877, e mémoire paru en 1884 dans les *Archives de Virchow*, journal plupart de ses travaux ont été publiés. Rappelons aussi ses huit butions à l'étude des tumeurs (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, 1 1886), son Petit manuel technique des autopsies (Genève 1891)[2] aux étudiants, et sa Pathologie générale des tumeurs (*Deutsche Chi* 1896) faite en collaboration avec Lücke et pour laquelle il a réc partie anatomo-pathologique, ouvrage resté classique. Ajoutons enfi a favorisé notre *Revue* par l'envoi de quelques articles.

Au milieu de ses nombreuses occupations universitaires et scienti Zahn ne négligeait pas entièrement l'exercice de la médecine ; il comme consultant les affections du cœur et des organes respirato

[1] Cette liste a paru dans le Catalogue des ouvrages, articles et mé des professeurs de l'Université de Genève, publié en 1896 par le r Ch. Soret ; nous ne pouvons la reproduire ici et y renvoyons le l Nous y ajouterons seulement l'indication des publications suivantes d postérieures à ce catalogue : Ein neuer Fall von Flimmerepithelcy Pleura, *Virch. Arch.*, CXLIII, p. 416. 1896. — Ueber die Folg Verschlusses der Lungenarterien und Pfortaderäste durch Embolie *handl. der Gesellsch. D. Naturforscher und Ärzte zur Braunsc* 2me partie, 1re moitié, p. 9, 1898. — Ueber Tubo-Ovarialcysten, (ave planches) *Virch Arch.*, CLI, p. 260, 1898. — Les vingt cinq pre années de l'Institut pathologique de Genève, broch in-8 de 26 p. C oct. 1901. Impr. W. Kündig. (dans laquelle il donne la liste de to travaux faits par lui-même ou ses élèves dans cet établissement) cas de tuberculose observés à l'Institut pathologique de Genève p 25 ans, envisagés au point de vue de la tuberculose primitive ou sec de l'intestin, et de la fréquence de la dégénérescence amyloïde, *Rev de la Suisse rom.*, 20 janvier 1902 et (en allemand) *Munch. med. W schr.*, 14 janvier 1902. Ce travail est le dernier sorti de sa plume.

[2] Cet ouvrage si pratique a été rapidement épuisé et une seconde revue et augmentée par M. B. Huguenin, premier assistant à l'I pathologique, en a été publiée en 1903 (Genève, H. Kündig).

s'était acquis ainsi une assez nombreuse c
cèrement regretté, car il était un médecin
ceux de ses collègues qui ont été en relati
combien il était prêt à rendre service et à
qui lui demandaient un conseil ou un ap
de Genève lors de sa nomination comme
ment, mais quand il le faisait c'était touj
munication intéressante. Resté Allemand
bre fidèle des diverses associations fondée

Il y a quelques années Zahn fut à de
dans ses plus chères affections : sa femm
après l'autre enlevés par une longue et p
sa propre santé subit une profonde altér
amis ; des symptômes douloureux du n
étaient la cause. Il put cependant, grâc
ses souffrances et continuer ses cours jus
mais il n'ignorait pas combien son état ét
vacances, à Weingarten dans son pays
c'est là que pris d'accidents graves il su
vrysme, le 16 août dernier, ayant con
sa sérénité.

Zahn laissera le souvenir d'un homme
gné et d'un savant aussi actif et instruit
rant que ses funérailles fussent aussi sim
voulu que son décès fût communiqué im
notre Faculté ne pût déléguer un de se
derniers honneurs ; si notre Université n
d'estime et de regret, elle n'en portera p
celui qui l'a honorée et fidèlement servie

W. Spiess. — Rappelons aussi le tris
le 23 août dernier, un des anciens élève
M. William Spiess, le fils de notre r
Spiess. Il projetait une excursion dans
rendait de Stalden à Saas, il est probable
c'est en cherchant son chemin qu'il es
rochers où son cadavre n'a été trouvé
W. Spiess avait commencé ses études n
suivait à Paris où il était déjà externe
concourir à l'internat. Il n'était âgé qu
études annonçait un médecin de mérite.
ses camarades, qui avaient pour lui auta
accompagné en grand nombre au cimetiè
ticulier son maître, le professeur Dejerin
auprès de sa tombe. Nous prenons une
famille.

Société médicale de la Suisse romande. — La séance annuelle de cette Société devant avoir lieu prochainement, le Comité romand a adressé une circulaire aux présidents des Sociétés cantonales, les priant d'envoyer avant le 30 septembre au secrétaire, M. le Dr Charles Krafft, à Lausanne : 1° *le titre et le nom des auteurs des travaux scientifiques;* 2° *les sujets de discussion* qu'ils désireraient voir portés à l'ordre du jour de la séance. Le Comité se réserve de faire un choix entre les propositions des Comités cantonaux.

On nous prie de porter cette circulaire à la connaissance des membres des Sociétés cantonales, afin que ceux d'entre eux qui auraient une communication ou une proposition à faire à la Société romande, puissent avertir à temps leur président.

Société suisse de balnéologie. — Cette Société tiendra sa cinquième assemblée ordinaire à Lugano le 1er et le 2 octobre prochains.

Programme. 1er octobre, 8 h. soir : Réunion familière à l'hôtel-restaurant Pfister, Belvédère au lac. *Communication d'un travail préliminaire sur l'usage de l'eau valaisanne de Louèche depuis l'année* 1791, par le Dr Hirzel, envoyé par le Dr W. Meyer à Zurich.

2 Octobre. 7 1/2 h. du matin : Séance dans la salle du Conseil de la ville de Lugano. *a*) Discours d'ouverture et affaires administratives. *b*) Communications : 1° *Traitement de la syphilis par les eaux minérales*, Dr Soffiantini (Acquarossa, Milan). — 2° *Importance de la chimie physique et en particulier de la théorie des ions pour les cures d'eau minérales prises en boisson*, Dr Lœtscher (Zurich). — 3° *Des indications et contre-indications du climat de haute montagne*, Dr A. Philippi (Davos). — 4° *Des résultats des cures dans l'adiposité*, Dr Denz (Vulpera-Tarasp). — 5° *La source arsenicale du val Sinestra*, Dr Lardelli (Coire).

10 1/2 h.-12 h. Visite de Lugano et Fruhschoppe au Café central.

12 h. Continuation de la séance : *a*) Proposition et rapport relatifs à une convention avec la *Medicinische Woche* soit le *Balneologische Centralzeitung* pour la publication des Annales de la Société balnéologique suisse, *b*) Imprévu, propositions, etc.

2 1/2. Banquet suivi éventuellement d'une promenade sur le lac et d'une réunion familière.

N.-B. La *Société des maîtres d'hôtels de Lugano* a l'amabilité d'offrir l'hospitalité aux membres du Congrès pendant leur séjour à Lugano. Le parcours sur le *chemin de fer du San-Salvatore* sera aussi libre. Les participants au Congrès sont priés de s'adresser à M. le Dr Reali, à Lugano.

Le président pour 1904 : Dr Reali. *Le Secrétaire* : Dr Keller.

Congrès international de médecine (Lisbonne, avril 1904). — Nous venons de recevoir les nos 2 et 3 du *Bulletin officiel du XVe Congrès international de médecine*, qui contiennent des articles de chronique où sont présentées les questions du moment et les résolutions les plus importantes prises par le Comité organisateur ; à citer l'exposition coloniale dont le futur Congrès sera l'occasion, et l'enquête sur la pellagre que la section de psychiatrie fait dans ce moment en Portugal. D'autre part ces deux numéros sont remplis presque entièrement par les sujets des rapports officiels avec les noms des rapporteurs qui ont déjà accepté l'invitation qui leur a été adressée. En même temps que les rapports officiels, chaque section publie une liste de sujets qu'elle recommande aux médecins pour les communications libres. Enfin la liste des comités nationaux étrangers déjà constitués, et ils le sont presque tous, est publiée en entier.

Congrès français de chirurgie. — Le 17e Congrès de l'*Association française de chirurgie* s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le *lundi 17 octobre* 1904, sous la présidence de M. le prof. S. Pozzi. Trois questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès : 1° *Traitement chirurgical de la cirrhose du foie*, rapporteur : M. Monprofit, d'Angers. — 2° *Valeur séméiologique de l'examen du sang en chirurgie*, rapporteur : M. Tuffier de Paris. — 3° *Décollement traumatique des épiphyses*, rapporteur : M. Kirmisson, de Paris.

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer le titre et les conclusions de leurs communications, à M. le Dr Walther, secrétaire général (21, boulevard Haussmann, à Paris), auquel on peut également s'adresser pour tous renseignements concernant le Congrès.

Congrès de la Société internationale de chirurgie. — Ce premier Congrès aura lieu à Bruxelles, en septembre 1905, sous la présidence de M. le prof. Th. Kocher, de Berne ; il ne comprendra que les seuls membres de la *Société internationale de chirurgie* et sera consacré exclusivement à la discussion des questions suivantes mises à l'ordre du jour :

1° Valeur de l'examen du sang et chirurgie. Rapporteurs : MM. W.-W. Keen (Philadelphie), Sonnenburg (Berlin), Ortiz de la Torre (Madrid), Depage (Bruxelles) — 2° Traitement de l'hypertrophie prostatique. Rapporteurs : MM. Reginald Harrison (Londres), Rovsing (Copenhague), von Rydygier (Lemberg). — 3° Interventions chirurgicales dans les affections non cancéreuses de l'estomac. Rapporteurs : MM. Mayo Robson (Londres), von Eiselsberg (Vienne), Mattoli (Ascoli Piceno), Monprofit (Angers), Rotgans (Amsterdam), Jonnesco (Bucarest). — 4° Traitement de la tuberculose articulaire. Rapporteurs : MM. Bier (Bonn), Broca (Paris), Bradford (Boston), Codivilla (Bologne), Willems (Gand). — 5° Traitement de la péritonite. Rapporteurs : MM. Lennander (Upsala), Friedrich (Leipzig), Lejars (Paris), Mc Cosh (New-York), Krogius (Helsingfors), de Isla (Madrid). — 6° Diagnostic des maladies chirurgicales du rein. Rapporteurs : MM. Albarran (Paris), Kümmell (Hambourg), Giordano (Venise), Lambotte (Bruxelles).

Toutes les communications relatives au Congrès doivent être adressées jusqu'à nouvel ordre à M. le Dr Ch. Willems, délégué pour la Belgique, 6, place St-Michel, à Gand.

Congrès de physiologie. — Le sixième Congrès international des physiologistes qui a eu lieu à Bruxelles du 30 août au 3 septembre a réuni de deux à trois cents membres. Les séances se sont tenues dans l'Institut physiologique, l'école de commerce et l'Institut sociologique formant trois bâtiments construits à petite distance les uns des autres et dus à la généreuse dotation de M. Ernest Solvay. L'Institut physiologique est aménagé avec luxe et répond à toutes les exigences modernes : nombre de salles bien outillées destinées aux diverses branches de l'expérimentation physiologique, rendent les recherches plus faciles et font de cet Institut une réunion de laboratoires de premier ordre.

Il est impossible de rapporter ici les nombreuses communications et démonstrations qui ont été faites, ni les discussions intéressantes auxquelles elles ont donné lieu. Des réceptions ont été offertes aux congressistes soit par la Ville de Bruxelles dans l'ancien Hôtel-de-Ville, soit par M. Errera, professeur de botanique, soit par M. E. Solvay. Ceux qui ont assisté à ce Congrès conserveront un souvenir ineffaçable de la cordiale hospitalité qu'ils ont reçue à Bruxelles.

Il a été décidé que la prochaine session aurait lieu dans trois ans à Heidelberg.

Caisse de secours des médecins suisses. — Dons reçus en Juillet et Août 1904.

Bâle-Ville. — Dr A. Stähelin, fr. 20, (20+785=805).
Berne. — Mlle le Dr M. Sommer, fr. 20, (20+1005=1025).
Zurich. — Drs Bernheim-Karrer, fr. 10; R. Hottinger, fr. 10; Anonyme, fr. 50; de la société des médecins du « *Zürcher Oberland* » par M. le Dr Peter, fr. 100, (170+960=1130).
Pro Divers. — Dr Reidhaar, Yokohama, fr. 50; Legs de feu M. le Dr F. Bissegger-Bion à Weinfelden, fr. 200, (250+3953.70=4203.70).

Ensemble fr. 460. Dons précédents de 1904, fr. 10313.70. Total fr. 10773.70.

Bâle, le 1er Septembre 1904. *Le Caissier*, Dr P. Von der Mühll
Aeschengraben, 20.

OUVRAGES REÇUS. — Béclère. — Les rayons Röntgen et le diagnostic des maladies internes. *Actualités médicales.* Un vol. in-16 de 96 p. avec 20 fig. Paris 1904, J.-B. Baillière et fils.

A. Labat. — Bains de mer d'Angleterre. Broch. in-8 de 73 p. Paris 1904, J.-B. Baillière et fils.

Norström. — La migraine, traitement par le massage. Un vol. in-16 de 160 p. Paris 1904, J.-B. Baillière et fils.

E. Sommer, de Winterthur. — Ueber die unmitelbare und Dauerwirkung thermischer Applicationen auf die Hauttemperatur. Broch. in-8. de 14 p. Berlin et Vienne 1903, Urban und Schwarzenberg.

E. Felix, directeur technique de l'Institut vaccinogène de Lausanne. — Contribution à l'étude de l'identité de la variole et de la vaccine. Broch. in-8 de 36 p., ext. du *Bull. de la Soc. vaud. des sc. nat.*, XXXIX, n° 148.

A. Vogt. — Ein Ruckblick auf die Sterblichkeitferhältnisse in der Schweiz von 1876 bie 1900. Broch. in-4 de 40 p.

Von Koranyi, prof, à Buda-Pest. — Die wissenschafllichen Grundlagen der Kryoskopie. Broch. in-8 de 40 p. Berlin 1904, L. Simion.

A. Pugnat. — Des pseudo-hémoptysies et des hémoptysies vraies des premières voies respiratoires. Broch. in-8 de 8 p. Ext. du *Journ. de med. et de chir. prat.* 25 oct. 1903.

Taillens, privat docent à l'Université de Lausanne. — Le traitement de la coqueluche. Broch. in-8 de 37 p. Lausanne 1903, Impr. Viret-Genton.

XV. Jahresbericht der Trinkerkeitstätte zu Ellikon a. d. Thur über das Jahr 1903. Broch. in-8 de 31 p. Zürich 1904, Impr. Berichthaus.

U. Biffi et Ribeyro, — Infeccion experimental de la llama con el virus vaccinico. Broch. in-4 de 30 p., 2 pl. Ext. du *Boletin de la Acad. nac. de med. de Lima.* Febr. 1904.

U. Biffi. — Un mètodo nuevo para el cultivo rapido de los microbios anaerobios estrictos. Broch. in-8 de 12 p. avec une pl. Ext. du *Boletin de la Acad. nac. de med. de Lima.* Anno 3, n° 2.

Saneamiento de Lima. Proyectos del Dr Ugo Biffi, médico hygienista della Municipalidad y del ingeniero C.-L. Carty; un vol. in-8 de XXV et 77 p. avec 8 plans, Lima, juillet 1903, Gil.

Merk's Jahresberichte, XVIIe Jahrg., 1903; broch. in-8 de 223 p. Darmstadt, 1904.

A. Toti. — Nouvelle méthode conservatrice de traitement radical des suppurations chroniques du sac lacrymal (Dacryocystorhinostomie); broch. in-8 de 7 p.; extr. de la *Clinica moderna*, Florence, 1904, n° 33.

Lorand. — L'origine du diabète et ses rapports avec les états morbides des glandes vasculaires sanguines. Broch. in-8 de 86 p. Paris 1904. Naud.

Dr G. Sandoz. — La santé publique dans le canton de Neuchâtel en 1903; rapport présenté au nom de la Commission d'état de santé; broch. in-8 de 136 p. avec 8 tableaux statistiques. La Chaux-de-Fonds, 1904, Impr. du *National suisse*.

Zezas. — Die bisherigen Ergebnisse der Nervenpfropfung bei Facialislähmung; broch. in-8 de 11 p.; extr. des *Fortschritte der Med.*, 1904, n° 25. — Die Talma'sche Operation bei Lebercirrhose, ihre Indicationen und ihre Resultate; broch. in-8 de 21 p. extr. du *Centralbl. für die Grenzbiet der Med. und Chir.*, 1904, n° 6. — Ueber die krebsige Entartung der Kropfatherome, broch. in-8 de 3 p. avec une fig. extr. de la *Münch. med. Wochenschr.*, 1904, n° 37. — Zur Frage der Herzmassage beim Chloroformkollaps; broch. in-8 de 4 p. extr. de la *Wien med. Wochenschr.*, 1904, n° 32.

Prof. E. Tavel. — Le diagnostic du siège de l'occlusion dans l'ileus; broch. in-8 de 117 p. avec 18 fig.; extr. de la *Rev. de chir.*, 1903. — Technique de l'appendicectomie sous-muqueuse; broch. in-8 de 4 p. avec une fig.; extr. des *Arch. internat. de chir.*, 1904.

Prof. Cristiani. — De la greffe hétérothyroïdienne; broch. in-8 de 13 p. avec une planche: extr. du *Journ. de physiol. et de path. gén.*, mai 1904.

Prof. J. Zabludowski. — Technique du massage, traduit sur la 2me édition allemande par *A. Zaguelmann;* un vol. gr. in-8 de 146 p., avec un atlas de 80 fig. Paris, 1904, Steinhel.

Barber et Schestauber. — Die Buchführung in Apothekenbetriebe nach einfachem System angewendet auf mittlere und kleine Apotheken. Ein Leitfaden zur Erlernung der Apothekenbuchführung für Apotheker und Studierende der Pharmazie; un vol. in-8 cartonné de 72 p. Vienne et Leipzig, 1904. A. Hartleben.

Prof. M. Runge. — Lehrbuch der Gynäkologie, 2me édition; un vol. in-8 cartonné de 493 p. avec 108 fig. Berlin, 1903, J. Springer.

Bulletins de la Société belge d'ophtalmologie, n° 15 et n° 16. Compte rendu analytique des communications faites à la 15e et à la 16e réunion de la Société à Bruxelles, le 29 novembre 1903 et le 24 avril 1904; deux broch. in 8 de 50 et de 124 p. Bruxelles, janvier et mai 1904. Impr. X. Havermans.

M. d'Hallwin. — La vie du cœur isolé. Historique, méthodes d'isolement, réviviscence du cœur mort, nécessité des sels de chaux pour le fonctionnement du myocarde. Note complémentaire : réviviscence de cœurs d'enfants 18, 36 et 37 heures après la mort; travail du laboratoire de la Fac. libre de méd. de Lille; broch. in-8 de 56 p. Paris, 1903, J.-B. Baillière et fils.

L. Willemin. — Guide médical des mères de famille ou traitement rationnel des maladies; un vol. pet. in-8 de 203 p. Genève, 1904, R. Burckhardt.

A. Freudenberg. — Injections intra-vésicales d'iodoforme dans le traitement de la cystite ammoniacale. — De l'acide camphorique comme prophylactique de la fièvre urinaire. — De la stérilisation des sondes en gomme et en caoutchouc par la vapeur et de leur conservation stérile. Communications à l'*Association française d'urologie*, 1903. Deux broch. in-8 de 11 p. et de 7 p. avec 8 fig. Clermont (Oise), 1904. Impr. Daix frères.

A. Maurizi. — Guarigione di un epitelioma palpebrale recidivo curato col mirmolo del Dr Ranelletti, broch. in-8 de 4 p. avec 8 fig. Extr. du *Bollet, dell'Ospedale oftalmico delle R. Università di Roma*, 1904.

M. Lefèvre. — Contribution à la pathogénie des névroses; broch. in-8 de 50 p.; extr. des *Arch. méd. belges*, janvier 1904.

XXIVme ANNÉE. — N° 10. 20 OCTOBRE 1904.

REVUE MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

La tuberculine Béraneck dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Observations faites à l'Hospice cantonal de Perreux (Neuchâtel)

Par le Dr Paris, Médecin-Directeur.

Avec Planches VI et VII.

Le professeur Béraneck cherche à obtenir une vaccination des tuberculeux en partant de toxines ayant une double origine.

Les produits de l'activité vitale des bacilles de Koch varient avec la constitution des milieux de culture. Ces bacilles sont cultivés pendant deux mois à deux mois et demi dans un bouillon de veau alcalinisé par l'hydrate de chaux. Après filtration, le bouillon est évaporé dans le vide jusqu'à consistance sirupeuse; il contient des toxines que Béraneck appelle *Basitoxines* (TB).

Les bacilles eux-mêmes, après avoir été soigneusement lavés, puis séchés dans le vide, sont traités par de l'acide orthophosphorique au 1 % qui en extrait des toxines que Béraneck désigne sous le nom d'*Acidotoxines* (AT).

La tuberculine Béraneck consiste dans un mélange à parties égales de AT et de TB préalablement diluées.

Pour les usages thérapeutiques, Béraneck prend 1 cc de cette tuberculine qu'il dilue dans 19 cc d'eau distillée stérilisée. Cette dilution au $^1/_{20}$ représente la dilution mère à l'aide de laquelle Béraneck prépare les différentes concentrations qui seront injectées aux malades.

On commence d'ordinaire le traitement par la concentration suivante : à 0,10 cc de tuberculine au $^1/_{20}$, on ajoute 9,90 cc de

solution physiologique de ClNa s
dont on injecte chaque jour 1 cc, d
dos ou du bras.

Si le malade n'est pas éprouvé
10 cc sont épuisés, on passe à l
0,25 de tuberculine au 1/20 on ajou
logique de ClNa, soit de nouveau
jour 1 cc.

On augmente ainsi graduelleme
l'indique le tableau ci-dessous qui
trations croissantes utilisées dans

0.10 cc	dilution	de tuberculine	T 1/20	+
0.25	»	»	»	+
0.50	»	»	»	+
9.75	»	»	»	+
1.00	»	»	»	+
1.5	»	»	»	+
2	»	»	»	+
2.5	»	»	»	
3	»	»	»	+
3.5	»	»	»	+
4	»	»	»	+
4.5	»	»	»	+
5	»	»	»	+

On s'en tient généralement à
jusqu'à cicatrisation complète de
les cas, il va sans dire, qui sont
la tuberculine Béraneck.

Chez certains malades qui ont
miques ou autres les augmentatio
on peut aller, en suivant la même
+ 3 cc SP.

Cependant il est nécessaire de
trations qu'avec une grande prud
centration de 5 cc de T au 1/20 -
dessiner un léger mouvement fébr
tômes de réaction générale.

Si, au début du traitement, da
à la tuberculine, la réaction géné
trop le malade, il est avantageu
concentration initiale de tuberculi

l'ai dit, on commence le traitement par la concentration 0.10 de T au $^1/_{20}$ plus 9.90 cc de SP dont on injecte 1 cc. Chez les malades très sensibles à l'action de la tuberculine, on n'injectera qu'un quart de centimètre cube de cette concentration pendant quelques jours, puis on montera graduellement jusqu'au centimètre cube complet à mesure que la réaction générale ira en s'affaiblissant chez le malade.

La période initiale de l'acclimatement, qui dure en moyenne de quinze jours à trois semaines, doit être surveillée de près par le médecin ; jusqu'à ce que cet acclimatement soit obtenu, il faut manier la tuberculine avec prudence pour éviter d'éprouver le malade. En passant d'une concentration à une autre, surtout au début, certains malades présentent une élévation thermique d'amplitude variable. On peut éviter cet inconvénient en injectant pendant quelques jours 2 cc de la concentration plus faible avant de passer à la concentration plus forte dont on injectera 1 cc.

Supposons, par exemple, qu'on commence le traitement par la concentration 0.10 cc T au $^1/_{20}$ plus 9.90 cc de SP ; on injectera pendant 10 jours 1 cc de cette concentration, puis pendant 5 à 10 jours 2 cc de cette dernière avant de passer à la concentration 0.25 dont on injectera 1 cc et ainsi de suite jusqu'à ce que l'acclimatement soit obtenu et que le malade ne réagisse plus en passant d'une concentration plus faible à une concentration plus forte de tuberculine Béraneck.

Localement la tuberculine ne produit d'ordinaire aucune réaction ; chez certains malades, cependant, le point d'injection reste douloureux, se gonfle légèrement et devient un peu rougeâtre. Parfois la douleur est vive, mais, à mesure que l'on passe à des concentrations plus fortes et que l'accoutumance se produit, les injections deviennent moins douloureuses et la réaction locale disparaît.

J'ai déjà mentionné le fait que les injections de tuberculine Béraneck déterminent assez souvent une réaction générale. Celle-ci se traduit par une élévation thermique d'amplitude variable dépendant de l'intensité des lésions tuberculeuses. Cette fièvre de réaction ne tarde pas à tomber au bout de quelques heures à un ou deux jours ; elle peut s'accompagner d'un malaise général, de maux de tête, de légers frissons, de lourdeur des jambes, de sueurs profuses. Tous ces symptômes s'évanouissent rapidement. Ils ne sont marqués que chez les

personnes très sensibles à l'acti
éviter, il suffit alors de n'inject
mètre cube de la concentration
$^1/_{20}$ sur 9.90 cc de SP).

Les cas fébriles sont, aussi bi
ciables du traitement; la tub
qu'une action congestive très fait
peut être utilisée sans inconvé

Notons que dans les cas où
sont presque nuls et la réaction
cette réaction laisse toujours s
profondes qui échappent à l'obse
ne tombe pas; un malade qui r
tions faibles peut être consid
même que l'examen clinique ne
peu appréciables de tuberculose

La période d'acclimatement
moyenne de quinze jours à tro
un sentiment de bien-être; sa
expectoration moins pénible dev

L'augmentation de la toux et
traitement a été un effet consta
Béraneck. J'ai même observé q
raient pas auparavant, se sont n
des injections. D'autres malade
à l'examen clinique, et dont les
ont rendu facilement des crach
si la tuberculine avait pour effet
partie les expectorations. La
exercer une action élective sur
désagrège et qu'elle vide; de là
de matières dont rien ne décela
ral mauvais et un habitus infe
des foyers tuberculeux est le p
trisation, ainsi qu'on peut le con
ayant succombé dans le cours d
les cavernules et les cavernes la
cicatriciel, toute la surface cavi
prolifération; à la couche prot
plus les matières purulentes ou
sont même absolument vides et
cicatricielle.

La tuberculine Béraneck paraît créer un terrain défavorable au développement des bacilles de Koch, en même temps qu'elle favorise leur élimination. Les analyses bactériologiques montrent en effet que, dans le cours du traitement, le nombre des bacilles augmente dans les expectorations et que ceux-ci sont décelables dans les crachats qui n'en contenaient point auparavant.

A mesure que le traitement avance, la toux diminue, l'expectoration change de nature, les crachats se liquéfient, deviennent plus blanchâtres et transparents, plus aérés et moins visqueux; la respiration est plus libre, le pouls, de fébrile qu'il était, devient régulier et normal; la morphologie des bacilles se modifie. Ceux-ci, dont le nombre avait augmenté au début, se font de plus en plus rares; ils s'amincissent, se colorent mal, se désagrègent puis disparaissent.

Enfin la toux et l'expectoration s'arrêtent en même temps que la régression des symptômes et des lésions pulmonaires s'accentue d'une manière assez rapide.

Le tableau que je viens de tracer ne s'applique qu'aux cas favorablement influencés par la tuberculine Béraneck; dans les cas qui ne bénéficient pas du traitement, la fièvre se maintient, les bacilles se colorent bien, gardent leur forme normale et persistent dans l'expectoration jusqu'à la fin de la maladie.

Ces cas réfractaires n'appartiennent généralement pas aux tuberculoses pures, mais aux tuberculoses à associations microbiennes (streptocoques, staphylocoques, etc.). Ils s'observent surtout chez les malades qui ont atteint le troisième degré et chez ceux qui sont rapidement arrivés au second degré.

Les tuberculoses pulmonaires à complications intestinales sont d'ordinaire peu ou pas influencées par la tuberculine Béraneck, l'infection est trop généralisée et l'intoxication trop intense et trop profonde pour que l'organisme puisse encore répondre à l'effet curatif de la tuberculine par une réaction phagocytaire utile. Cependant, même chez les malades gravement atteints dont la tuberculose n'a pu être enrayée par les injections de tuberculine, j'ai observé une amélioration réelle quoique passagère de l'état général, ainsi qu'un temps d'arrêt dans l'évolution des lésions tuberculeuses. Je n'ai jamais constaté d'aggravation due à la tuberculine. Il ressort de ces observations que plus l'intervention sera précoce dans le traitement, plus aussi les chances de succès augmenteront

Les malades traités à Perreux de
à part quelques exceptions, dans u
gique, d'épuisement et de débilité p
eux avaient mené une existence pén
cultés de la vie, avaient commis
n'avaient observé souvent aucune r
mentation avait été insuffisante. Ch
culeuse était constatée, chez d'au
acquise s'implantant sur des organ
greffer sur des affections spécifiqu
vue du traitement, les constitution
n'offraient pas un terrain favorab
tuberculine Béraneck.

Le découragement d'une vie m
découragement et le manque de co
traitement, de sorte que plusieurs
Perreux en bonne voie d'amélorat
tion complète de leurs lésions pulm

Malgré ces conditions mauvaises,
succès encourageants.

La première série de malades tra
neck et dont nous publions mainten
à 65 cas, à savoir 34 hommes et 31

Ces malades se répartissent comn

Cas du 1er degré		5 homm	
» 2me »		13	»
» 3me »		16	»
		34 homm	

Tableau des résultats obtenus aux

1er degré	Gueris	5 hom	
2me degré	Gueris	5	»
»	Améliorés	3	»
»	Stationn.	2	»
»	Morts	3	»
3me degré	Guéris	—	
»	Améliorés	1	»
»	Stationn.	2	»
»	Morts	13	»
		34 hom	

Je sais qu'il est téméraire en ce qui concerne la tub de parler de guérison avant une observation de trè durée. Le terme de guérison conditionnelle serait sa plus juste que celui de guérison sans épithète. J'aura faire qu'une rubrique des améloriés et des guéris, c j'ai tenu à faire une distinction entre les améliorés chez les symptômes, tant cliniques que bactériologiques, plement atténués, et les malades chez lesquels ces sy ont complètement disparu.

Les six cas du second degré inscrits sous la rubriqu liorés » se rapportent à des malades qui ont quitté avant la fin du traitement. Il est probable que s'ils y mis plus de persévérance, l'amélioration aurait pu être jusqu'à la guérison conditionnelle. D'après les nouvell sont parvenues depuis leur sortie de Perreux, l'amé persiste et s'est même accentuée malgré la cessation d ment. Y a-t-il un effet cumulatif de la tuberculine? que nous ne pouvons prétendre élucider actuelleme c'est un point important d'observation à suivre.

Quant aux cas du troisième degré, les résultats pri paraissent franchement nuls, puisque, sur les 32 m cette catégorie, il y a 1 amélioré, 7 stationnaires et dés. Il importe de relever que la plupart d'entre arrivés à Perreux dans un état désespéré. Etant donn brement de l'état général, l'étendue et la dissémin lésions tuberculeuses (poumons, intestins), il était à que le traitement par la tuberculine Béraneck serai sant à empêcher l'issue fatale. Je désirais seulement m compte du mode d'action de la tuberculine dans les c et avancés. Est-elle exempte de dangers ou bien exe une action nocive? L'expérience a montré que, même malades à lésions tuberculeuses très avancées, la tul Béraneck n'exerce aucune action nocive, qu'au con plupart de ceux arrivés au troisième degré ont éprouvé le traitement une amélioration évidente, mais tempora

Récapitulons les résultats obtenus en les classant d' effets de la tuberculine :

J'établirai ainsi trois groupes :

A. Tuberculeux chez lesquels l'effet de la tubercul positif (amélioration durable et guérison conditionnell

B. Tuberculeux chez lesquels l'effet de la tubercu

; par un temps d'arrêt dans l'évolution de la maladie
nnaires).
'uberculeux chez lesquels l'effet a été nul ou ne s'est tra-
ıe par une amélioration temporaire.

Améliorés et guéris conditionnellement	28 malades	43 %
Stationnaires	10 »	15,4 %
Résultats nuls ou temporaires	27 »	41,6 %

43 %, représentant les résultats positifs, font modeste
à côté du pourcentage élevé qu'accuse la statistique
rand nombre de sanatoriums. Je me contenterai de faire
quer que les malades entrant à Perreux n'ont pas été
ır le volet et n'ont pas, en cas d'aggravation, été ren-
Nous avons traité tous les cas qui se présentaient, quelle
t la gravité des lésions et de l'état général, même des
ésespérés; la statistique des sanatorium et la nôtre ne
onc pas comparables.
observations qui suivent ont été choisies dans les diffé-
groupes, de manière à montrer les particularités de la
e du traitement suivant les conditions et l'état du malade.
permettront de se rendre compte des points spéciaux
ı ci-dessus dans la technique du traitement. Elles sont
ıs sans tenir compte du degré de la maladie et prises au
dans le nombre total des malades traités. Nous ne pou-
on le comprendra, publier les 65 observations que nous
recueillies, travail trop étendu pour la *Revue médicale*,
es réserverons pour une publication ultérieure compre-
ıs courbes et schémas se rattachant à chacun d'eux et
, l'objet d'un travail spécial résumant les travaux de
ce.

s résumerons nos observations par les conclusions sui-
:
ıa tuberculose Béraneck a une action curative évidente
tuberculoses au début.
'ette action se manifeste même dans les cas du second

ıans les cas avancés, il y a encore un effet d'amélioration
ıtanée, une prolongation de vie.
'ette tuberculine augmente l'expectoration au début du
nent.

5° Elle provoque l'élimination des bacilles, leur transformation et leur disparition.

6° Elle ne produit ni complication, ni aggravation, elle est absolument inoffensive.

7° Sur plus de cinq mille injections, elle ne nous a jamais donné d'abcès.

8° Il reste à trouver les formes de tuberculose les plus facilement guéries par la tuberculine, ce qui ne peut être établi qu'avec un grand nombre d'observations.

9° Si la tuberculine Béraneck n'est pas le remède curatif par excellence de la tuberculose, elle est du moins un puissant agent de traitement et de guérison, lorsqu'elle est appliquée dans les débuts de la maladie.

Obs. I (n° 708). — E. J., 18 ans, célibataire, serrurier.

Mère mariée en première noce avec un tuberculeux; notre malade est issu du second mariage. Né un peu rachitique, scarlatine après laquelle il se développe et devient fort. Furoncles fréquents pendant quelques années à chaque printemps. Ulcères cornéens, eczéma du nez et des lèvres.

Un mois avant son entrée à Perreux léger enrouement et constriction du larynx, toux d'abord sèche puis humide avec expectoration sanguinolente. Douleur précordiale (points). Dyspnée en montant; crachats jaunâtres, épais, teintés de sang. Pas de sueurs. Bon appétit, apyrexie. Taille moyenne. Faciès un peu boursoufflé; homme bien constitué. Cœur et organes abdominaux normaux. Poids 61 k. 450.

Poumons. Matité moyenne à gauche jusqu'au-dessous de la première côte et au-dessous de l'épine. Au sommet gauche, respiration rude et saccadée, inspiration prolongée. Râles dans la fosse sous-claviculaire; en arrière inspiration rude, expiration prolongée. A droite en avant et en arrière, respiration saccadée, expiration prolongée. Crachats épais blanchâtres. Pas de bacilles dans les crachats.

Début du traitement le 25 septembre 1902 : 0,25 de T sur 9.75 de SP, 1 cc. Réaction immédiate le lendemain après la seconde injection. 38.4 le soir. Maux de tête, lassitude générale.

29 *sept.* Transpiration profuse la nuit. Toux grasse, expectoration de gros crachats jaunes verdâtres, épais, compacts.

1er *octobre.* Maux de tête violents, le malade se sent lourd, faible, abattu, douleurs aiguës dans les deux côtés, les râles à gauche augmentent. Toux et expectoration stationnaires. Sueurs nocturnes.

9. Du 3 au 9 tous ces symptômes disparaissent. Le 5 injection de 1/4 cc de 1.00 T sur 9.00 SP. Les 6, 7 et 8 pas d'injections, le 9, 1/2 cc de 1.00.

10. Petite exacerbation fébrile, lourdeur de tête et manque d'appétit.

13. Mêmes symptômes que le 10.

Jusqu'à la fin du mois, période
sueurs nocturnes. Toux et expector
Le 25, injection de 1.00 de T sur
sons, faiblesse générale, manque d'a
du 0.50 1 cc jusqu'au 31. Le 1er
concentration. Le 2 de nouveau du
4 nov. Nuit mauvaise.
6. Les symptômes fébriles et de
Les jours suivants, le malade va
tions. Poids 63 k.; le 20, crise tr
rapide dans la forêt; cette crise
Injections de 1 cc de 1.00 les 18 et
Depuis ce moment le mieux s'étab
toration ont cessé, plus de réaction
qu'à 4 cc. de T sur 6 cc. de SP.
Le malade quitte Perreux tout à
Il ne reste plus aux poumons qu'un
sus de la clavicule dans un petit t
cée, expiration prolongée dans la m
Deux ans après, le malade est tou
Durée du traitement. 4 1/2 mois.
Dans ce cas, le malade paraissait
ment à la tuberculine Béraneck, no
à chaque augmentation de doses a
de lésions profondes dégagées par
pénible allant du 25 septembre au
crise de haute intensité.

Obs. II (n° 739).— N. P., 24 ans,
Hérédité maternelle. Rougeole d
l'âge de 18 ans. Hemoptysies en 18
toration toujours plus abondante,
créosote, mais peu à peu affaiblissen
sement. Entre à Perreux le 3 février
Taille au-dessus de la moyenne,
ration moyennes, douleur sourde au
Appétit faible, pas de forces; selle
tique.
Percussion. Matité en avant et en
met, descendant jusqu'au tiers supér
Auscultation. A droite en avant,
et moyens, respiration rude, expira
arrière, respiration soufflante dans
ration affaiblie à la base.
A gauche en avant. Inspiration r
respiration tubaire au sommet. Cra

Crachats muco-purulents. *Bacilles* assez nombreux.

On commence le traitement par une concentration de 0,25 cc les 12 et 13 février, légère réaction. Arrêt de quatre jours, puis reprise pendant deux jours. La réaction commence le 18 jusqu'au 23, franche et caractéristique. Maux de tête, lassitude, sueurs, courbature. La toux devient continue, d'intermittente qu'elle était, l'expectoration est plus abondante, bacilles plus nombreux. Le 24, mieux, l'appétit est meilleur, sommeil bon, dyspnée très amoindrie.

7 *mars*. Diminution considérable des bacilles.

10 *mars*. Toux augmente, expectoration verdâtre, plus abondante.

14 *mars*. Toux diminue, crachats plus fluides, plus aérés.

17 *mars*. Toux devient sèche. Crachats spumeux avec quelques grumeaux jaunâtres. Etat général satisfaisant.

23 *mars*. Toux toujours plus faible. Les bacilles augmentent, mais beaucoup sont segmentés, amincis, peu colorés.

1er *avril*. Toux très légère, crachats peu abondants, le malade prend des forces.

10 *avril*. Plus de bacilles.

Depuis ce moment le malade ne tousse plus qu'incidemment.

28 *juin*. Il a fait tous les travaux des foins, fauche, rattelle, charge sans oppression et sans toux. Il sort de l'hôpital.

Etat des poumons à la sortie : Légère submatité au sommet droit en avant, un peu plus accentuée à gauche. Inspiration renforcée; expiration prolongée à droite en avant et en arrière; expiration prolongée au sommet à gauche, normale ailleurs; inspiration un peu rude à la base.

Le 28 mai 1903, près d'une année après, même état qu'au départ, malgré une année pénible de privations et une mauvaise hygiène. Le malade nous est revenu fatigué et déprimé, n'ayant pu trouver d'ouvrage. Il s'est remonté en quinze jours et a pris le service d'infirmier du service des tuberculeux, poste qu'il exerce encore maintenant; il s'est décidé à reprendre son métier de mécanicien.

Durée du traitement 5 mois. Doses de tuberculine, de 0,25 à 4.00 de concentration.

Obs. III (n° 751). — R. G., couturière, 19 1/2 ans. (*Voir la courbe*, Pl. VII).

Hérédité. Père mort de tuberculose intestinale, mère de tuberculose pulmonaire, une sœur de méningite tuberculeuse, une tante de tuberculose pulmonaire après séjour à Leysin. Un oncle est actuellement atteint.

Antécédents. Rougeole à 6 ans; jamais malade depuis jusqu'à fin janvier 1903. Grippe très forte avec points de côté, toux sèche, quelques crachements de sang, dyspnée, perte d'appétit, amaigrissement, faiblesse générale, frissons, sueurs nocturnes abondantes. Réglée à 15 ans, irrégulièrement; leucorrhée très forte.

18 *mars* 1903. Entrée à Perreux.

Status. De petite taille, assez bien constituée, amaigrissement évident,

dyspnée assez forte. toux assez forte, e:
jaunâtre.

Poumons : A gauche. Matité marquée en a
en arrière jusqu'à la quatrième dorsale. Râl
cette région en avant et en arrière. Respirat
zone de matité ; quelques râles moyens à la
A droite. Inspiration rude, expiration pro
dans la fosse sous-claviculaire. Inspiration re
gée dans le reste du poumon.

Pouls 100, Bacilles pas très nombreux. Po

19 *mars.* Commencement du traitement. 1

20 *mars.* Maux de tête, lourdeur, malais
copieuse avec nombreux bacilles.

21. Mieux. Toux plus forte, expectoratio

31. Mieux. Nausées tous les matins.

2 *avril.* Plus de malaises.

8. La toux et l'expectoration diminuent.

11. Injection de 0,50 de T bien supportée.

21. Injection de 1,00 de T, idem.

22 au 25. Reaction fébrile et fatigue.

Depuis la toux diminue progressivement
aérée.

5 *mai.* Va bien. Poids 48 k. 500.

9. Plus de bacilles.

Depuis ce moment l'état va toujours s'a
naires rétrogradent rapidement, la toux di
plus de dyspnée et apyrexie complète ; T. 3

4 *juillet.* La malade sort de l'hôpital.

Etat des poumons à la sortie : Légère subn
renforcée et expiration prolongée au sommet
la fosse sous-claviculaire gauche. Inspiratio
tion prolongée à droite. Plus de râles, plus

Duree du traitement : 3 mois 22 jours.

Injections de 0,10 de T à 6,00 de T.

Au moment actuel, un an et demi plus tar

Obs. IV (n° 763). — W. J. 32 ans, horlo
Pl. VI) !

Hérédité. Père, mère et cinq frères et sœu

Jusqu'en 1902 bien portant, contracte en 19

Toux sèche et très forte, dyspnée, amai
expectoration qui augmente peu à peu. Affa
mente toujours jusqu'au 8 avril 1903, où le

Homme de taille moyenne, bien musclé, m
péniblement ; habitus tuberculeux marqué.
avec peine. Crachats muco-purulents.

Urine normale, apyrexie. Bacilles en très grand nombre par groupes.

Poumons. En avant, à droite et à gauche, matité du tiers supérieur ; en arrière au-dessus de l'épine. Matité en arrière aux deux bases.

Auscultation. Respiration rude au sommet gauche, saccadée au-dessous de la clavicule, renforcée à la base. Râles sous-crépitants fins au sommet. Inspiration rude et expiration prolongée en arrière sur toute la partie supérieure du poumon, râles crépitants au sommet. Bruit respiratoire affaibli aux deux bases. A droite, bruit respiratoire affaibli au sommet, rude dans la fosse sous-claviculaire, expiration prolongée ; en arrière expiration rude et prolongée au sommet.

Pouls 80. Poids 53 kg. 100 gr.

Commencement du traitement le 9, par 1 cc de 0,10 de T. sur 9,90 de SP.

Le 19 légère réaction : maux de tête, lassitude qui durent deux heures au plus, la toux est moins pénible, l'expectoration est assez abondante, l'appétit est bon ainsi que le sommeil.

21. Mieux.

Depuis ce moment amélioration rapide, plus de réaction, l'apyrexie est complète, la température du soir est de 36,5 à 37. L'augmentation de poids est rapide, elle atteint trois kilos un mois après l'entrée. La toux et l'expectoration diminuent rapidement, et avec elles les bacilles qui disparaissent complètement vers les premiers jours de juin. Le malade sort le 22 juillet malgré notre demande instante de prolonger son séjour à Perreux.

Durée du traitement : 4 mois. Doses de 0,10 de T. sur 9,90 de SP à 7.00 de T. sur 3 de SP. Cette dernière dose pendant les huit derniers jours sans aucun malaise.

Respiration excellente, pas de dyspnée à la marche rapide, selles régulières. Plus de points de côté. La matité a presque complètement disparu, légère submatité, respiration normale restant saccadée à gauche.

A l'heure actuelle, soit onze mois après sa sortie de l'hôpital, le malade qui a vécu depuis une vie pénible, mal nourri, se livrant à un travail acharné, se surmenant physiquement, a recommencé à tousser et présente une ulcération tuberculeuse de la langue.

Obs. V. (n° 786) — R. G. Femme mariée, 26 ans, horlogère, (*Voir la courbe*, Pl. VII).

Pas d'hérédité. A eu une bronchite qui lui laissa une toux sèche. Elle voit souvent en ce moment une personne atteinte de tuberculose. Femme bien constituée, pâle, face amaigrie, yeux un peu enfoncés, brillants, état général déprimé. Dyspnée, toux quinteuse, sèche par moments. Expectoration difficile, salivaire, à grumeaux jaunâtres. Appétit peu marqué. Sommeil agité. Douleurs dans la région du sommet droit. Cœur et abdomen normaux. Menstrues régulières.

Poumons. Percussion. A droite, matité très marquée en avant et en arrière, à gauche moins accentuée. *Auscultation.* A droite en avant, râles

:s et moyens au sommet et fosse sous-claviculaire (craquements). Inspi-
ion rude, expiration prolongée sur toute l'étendue du poumon en avant
en arrière. A gauche, inspiration rude en arrière.
Beaucoup de bacilles.
Début du traitement le 2 juin 1903. 1 cc de 0,10 T. sur 9,90 SP.
ids 52 kg. 500. Pouls 88.
Réaction le 5 juin, la malade est très éprouvée; maux de tête faiblesse
ɔérale; sueurs. Tousse beaucoup, expectore de même. Points d'injec-
ns rouges et douloureux.
7 juin. Mieux général. Pouls 96. Injection 0,10 $^1/_2$ *cc*.
12 juin. Toux et expectorations toujours fortes, appétit meilleur.
Injections moins douloureuses, pouls 96.
20 juin. Beaucoup mieux, la toux diminue, l'expectoration plus épaisse
franchement muco-purulente, nummulaire mais facile. La température
soir tend à augmenter. Sommeil léger mais durable.
26. A chaque augmentation de concentration de la tuberculine on re-
rque du malaise, des nausées le matin.
30 Mieux sous tous les rapports. Pouls 80.
Le mois de juillet est excellent. La malade devient forte, prend de
nbonpoint, ne tousse plus, ne crache plus, malgré une température qui
maintient jusqu'au 20 entre 37,5 et 37,9. Aucun malaise. Plus de
:illes.
En août, même état. Courses faciles sans dyspnée. Quitte Perreux le
de ce mois. Elle reçoit les trois derniers jour des injections de 3,00
T. sur 7 de SP.
Durée du traitement : Trois mois.
A l'heure actuelle, quatorze mois après, se porte très bien, ne tousse pas.
Etat des poumons à la sortie : Submatité très légère ; on n'entend plus
lroite en avant qu'un peu d'inspiration rude et d'expiration prolongée.
reste des poumons paraît normal.

Obs. VI (nº 836). — X , infirmier, célibataire, 23 ans.
Hérédité. Mère tuberculeuse, 12 frères et sœurs morts jeunes (?) Une
ur morte d'un accident (?) « qui se serait jeté sur la poitrine ».
Antécédents. Pneumonie double à 16 ans ou 1896. En 1901, conges-
n pulmonaire, plusieurs hémoptysies, puis toux et forte expectora-
n. Crachats, épais, visqueux, sanguinolents avec bacilles (examen fait
Paris). Change d'air, se remet assez bien, retourne en 1902 à Paris, re-
ndre son service d'infirmier Peu à peu fatigue, maux de tête, accès de
spnee, crachements de sang. Rhumatisme articulaire chronique.
Arrive à Perreux le 17 octobre 1903.
Status. Taille moyenne, amaigri, face et téguments pâles; un écrasement
nez force le malade à respirer par la bouche, ce qui amène un desse-
ement penible des premieres voies respiratoires.
Cœur et organes abdominaux normaux. Urine normale, apyrexie.
Poumons. A gauche submatité en avant et en arrière, respiration rude

au sommet, expiration très courte. En arrière inspiration renforcée au sommet et saccadée sur le reste du poumon.

A droite au sommet et dans la fosse sous-claviculaire, inspiration renforcée, expiration très courte ; en arrière diminuée par places, rude à d'autres.

Crachats très aqueux, quelques bacilles. Apyrexie. Poids 60 kg 500.

Début du traitement le 20 octobre, 1 cc de 0,10 de T.

23. Réaction, malaises, maux de tête de courte durée. La dyspnée augmente.

30. La réaction fébrile se maintient.

3 *novembre*. La fièvre tend à monter le 2 ; 1/2 cc de 0,10 de T.

15. Toujours le même état, la fièvre devient régulière. Douleurs rhumatoïdes dans les genoux et les articulations des bras. On reprend 1 cc de 0,10 de T. Poids 59 kg.

16. 2 cc de 0,10 de T.

20. 1 cc. de 0,25 de T, la fièvre du soir tombe.

27. Courbe fébrile descendante. Injection de 1 cc. de 0,50 de T. Etat assez bon, dyspnée moins forte, appétit bon.

30. Toux presque nulle, le malade se sent beaucoup mieux. Les signes stéthoscopiques s'améliorent. Il reste une respiration courte, un peu saccadée. Pas de bacilles.

1er *décembre*. Tremblement, mal de tête, diarrhée, douleurs rhumatismales intenses. Sueurs nocturnes. — Salicylate de soude.

4. Injection de 1 cc. de 1,00 de T. La fièvre tombe, les douleurs disparaissent ; le malade se sent mieux ; il attribue ce contre-temps à une attaque de rhumatisme dont il a déjà souvent souffert.

10. Injection de 1 cc. de 2,00 de T. L'état a été satisfaisant les jours précédents.

11. Crachats jaunes, épais. Poids 57 kg. 500.

15. Bien, ne tousse presque plus.

17. Injection de 1 cc. de 3,00 de T. Très bien, plus de toux. Depuis ce moment le malade est tout à fait apyrétique, ne crache plus jusqu'au 4 janvier, jour où il prend une place d'infirmier. Poids 59 kg. 700.

Etat des poumons : Pas de différence à la percussion. Respiration un peu renforcée et saccadée par places. Malgré une vie peu hygiénique dans les sorties de congé, X. va bien, ne tousse pas ; il nous quitte en avril se sentant très bien.

Durée du traitement : Trois mois environ. Injections de 0,10 de T. à 5,00 de T.

Obs. VII (n° 825). — E. L., horloger, célibataire, 20 ans.

Hérédité. Un frère du père mort de tuberculose.

Antécédents. Bien portant jusqu'à 16 ans. Hémoptysie subite à cet âge, qui se répète depuis. Légère dyspnée. Un an alité après le premier crachement de sang. A 18 ans bronchite avec forte expectoration ; reste fébrile, conserve des points de côté. En 1899 traitement à Saint-Loup

dont il sort en 1901, mais est toujours soul
1902, l'expectoration apparait sanguinole
en 1903 à Perreux ; il est apyrétique.

Status. Jeune homme de taille moyenn
faible. Rien de particulier aux organes aut

Poumons. Matité à droite en avant jusqu
en arrière très peu étendue. A gauche to
rière est mat. A droite en avant inspirat
sur toute l'étendue du poumon en arrière;
ments dans la zone médiane. A gauche e
et au niveau de la fosse sous-claviculaire
En arrière râles moyens disséminés sur tc
et expiration prolongée. Respiration dim
avant quelques gargouillements pendant
grumeaux blanc-jaunâtres, bacilles pas trè

Début du traitement le 16 septembre, 1
17. Réaction. Maux de tête, rachialgie,

Rien de particulier à noter dans le c
d'injection sont douloureux pendant les p
augmentation de dose réaction fébrile ass
qu'à la concentration de 3,00 de T 1 cc ; (
pendant les deux jours après la dose de
amène une expectoration assez forte, m

Le malade quitte Perreux le 22 décemb
pour se guérir chez lui.

Durée du traitement 3 1/2 mois de 0,10

La température du soir nous laisse in
donné les chiffres de 37,8 et 37,9 const
bon, la toux insignifiante.

Depuis, le malade a assez bien passé l'h
bien.

A l'examen du poumon les craquement
nué ainsi que les râles moyens qui ont
mais l'état n'est pas complètement satisf
leure, plus naturelle à droite, avec une ce

Cas certainement amélioré mais non c
lequel le traitement aurait dû être contin

Obs. VIII (n° 779). — X , garçon de c

Pas d'hérédité. Vie d'excès et de surme

Il a été pris, deux ans avant son entré
qui s'est accentuée, puis avec elle affaibli
pectoration peu à peu muco-purulente. P

Fièvre le soir 38° à 38°5. Urines ra
53 kg. 750.

Type émacié, épuisé, teint verdâtre, ye

de misère physiologique très prononcé, appétit nul. Toux continue, pénible, expectoration plutôt purulente. Bacilles très nombreux. Diarrhée.

Poumons. Matité étendue au tiers supérieur du poumon droit, en avant et en arrière. A gauche matité sus-claviculaire et sus-épineuse.

A droite en avant respiration renforcée et prolongée, craquements au sommet. Expiration et inspiration mélangées. En arrière expiration et inspiration mélangées avec des râles secs sous l'épine, respiration rude et expiration prolongée dans le reste du poumon. A gauche en avant, inspiration rude, expiration prolongée, en arrière, craquements avec respiration rude et expiration mélangée. Inspiration rude et expiration prolongée dans le reste du poumon.

Début du traitement le 14 mai 1903. 0.10 de T. sur 9,90 de SP.

Piqûres douloureuses au début, gonflement rougeâtre, réaction générale assez forte, prolongée, avec fièvre à sauts brusques jusqu'au 19 mai.

16 *mai*. Tousse passablement la nuit, dyspnée, appétit revenu, expectoration assez abondante.

21. Déprimé, tousse moins, douleurs locales très vives au point d'injection. Dyspnée très forte, maux de tête violents. Appétit diminué, expectoration moins abondante.

28. A eu trois bons jours ; expectoration abondante et facile.

29. De nouveau fatigue, maux de tête, inappétence, sueurs.

3 *juin*. A diminué de poids : 52 kg. 250. Faiblesse générale, maux de tête, courbature, sueurs. Appétit assez bon. L'expectoration augmente, petits crachats jaune-verdâtres, nummulaires ; il tousse moins la nuit, mais dort peu.

10. Expectore beaucoup moins. Les bacilles diminuent, mais sont encore nombreux et virulents.

Depuis cette date tout s'amende et l'on ne relève plus rien de spécial ; l'état général va en s'améliorant, l'embonpoint revient, le teint se colore, la toux disparaît ; plus de crachats et plus de bacilles vers le milieu d'août.

Par coup de tête ou peut être par désir de retrouver ses anciennes joies, le malade refuse ses injections à partir du 22 septembre. A la sortie, la matité a fortement diminué ; on ne la constate plus que légèrement aux sommets. Les râles et craquements ont disparu. L'inspiration est encore renforcée au sommet et l'expiration est prolongée aux bases.

Cas à marche anormale au début, amélioré et même guéri conditionnellement malgré un état général très mauvais. Aujourd'hui, douze mois après, le malade, qui s'est fait colporteur, va bien.

Durée du traitement : 4 mois. Injections de 0,10 de T. à 5.

Obs. IX (n° 667). — E. J., veuve, ménagère, 39 ans.

Hérédité. Nulle. Le mari est mort de tuberculose après cinq ans de mariage.

Antécédents. Très chlorotique dans sa jeunesse, jamais malade autre-

ment; trois enfants, couches assez pénibles. Après l
malade se met à tousser, sueurs nocturnes avec faibl
continue cependant à faire son ménage jusqu'en 190
la mort du mari; en 1900 pleurésie qui récidive
L'état s'aggrave; entrée à Perreux le 12 juin 1902.

Status. Femme amaigrie, pâle, voûtee, respirant d'
dée et pénible. Faiblesse extrême, elle ne peut rester
forte, 39° le soir. Règles très irrégulières et trop ra
abdomen normaux. Poitrine très enfoncée, tirage ass

Poumons. A gauche matité très marquée en avant,
la surface surtout à la base. Base droite de même. A
en avant avec râles moyens. Inspiration rude, ex
tubaire. En arrière bruit respiratoire presque imper
pleurétiques par places avec bouffées de râles sous-c
surtout à la base. A droite en avant, matité jusqu'à la
piration rude et expiration prolongée. En arrière m
respiration rude au sommet, diminuée à la base,
sèche, quinteuse, fatiguante, n'amenant que quelque
à grumeaux blancs. Bacilles nombreux, par groupes
courts, les autres minces, effilés.

Du 13 au 17, badigeonnages de teinture d'iode
détente dans la dyspnée.

Le 17, première injection de 0,25 de T. 1 cc.

La fièvre diminue dès ce jour d'une manière rég
malade se sent mieux, l'expectoration n'a pas augme
ni de fatigue. Depuis ce moment la température su
lière.

13 *juillet.* Pas de modifications appréciables, dysp
les mouvements, pouls agité. Toux sèche, pas d'exp
de 0,50 de T. 2 cc au lieu de 1 cc de 1,00.

31. Mieux, appetit bon. Peu de toux, peu d'expect

30 *août.* Le mois est bon, l'etat est satisfaisant, au
(le 9 : 35 kg 600, le 30 : 36 kg 450), la dyspnée dimi

30 *septembre.* La malade va de mieux en mieux
crises de dyspnee sans cause apparente avec sueur
sons; elles durent de trois a quatre heures puis plus

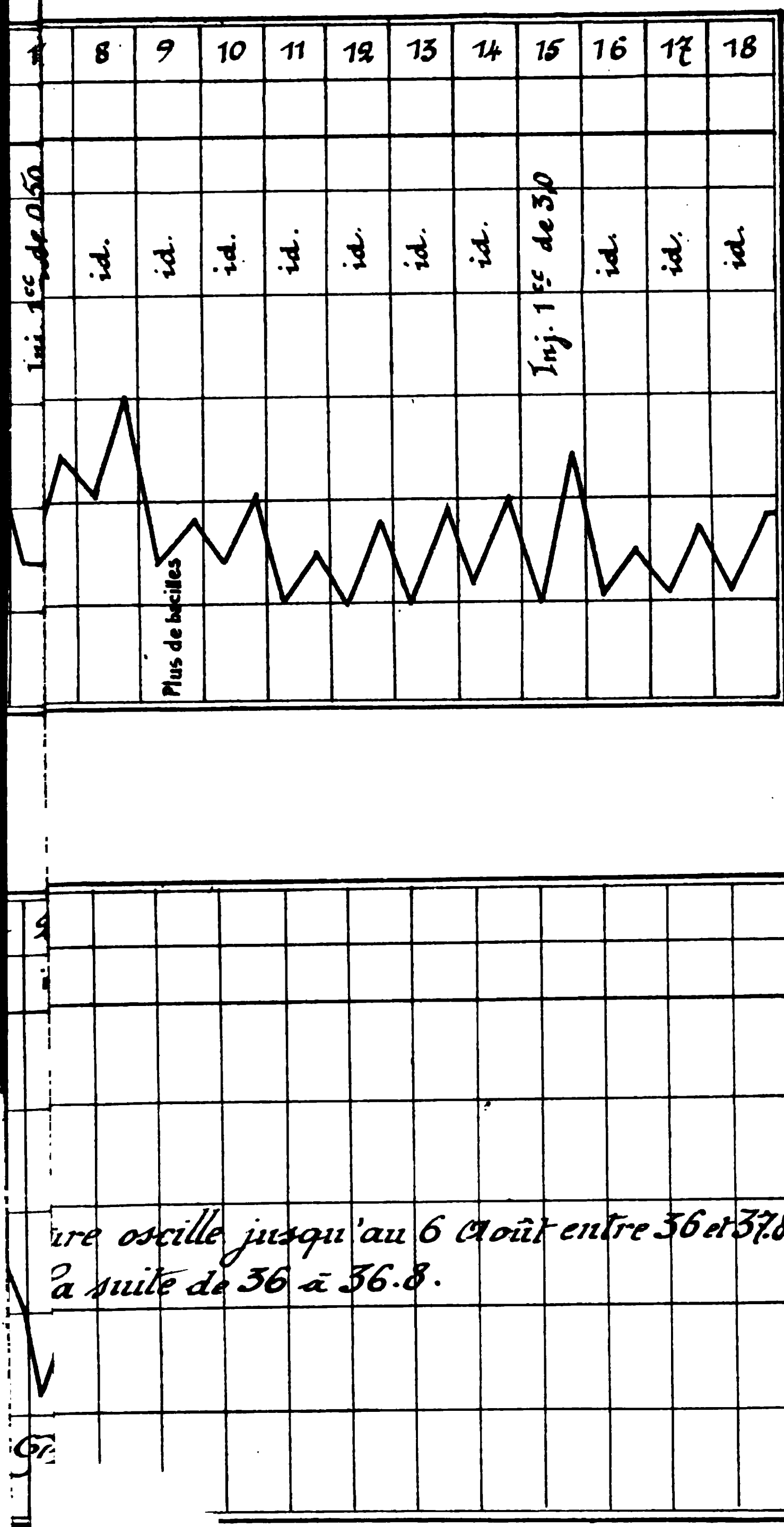
17 *octobre.* La malade se sent bien, vaillante, dem
enfants et ne nous rentre que le 3 novembre. Ce séjo
tion lui ont ete néfastes; elle s'est occupée à de gros
guée, et depuis ce moment la fièvre tend à augmenter
plus un aussi bon effet. Bacilles nombreux.

Etat des poumons. A gauche matité jusqu'à la t
moyens secs et humides en avant. Inspiration prolon
arriere même symptôme jusqu'a la moitie supérieure
submatité au dessus de la clavicule. Inspiration rude

1903, Févr	
Doses de Tuberc	
40	
39	
38	
37	
36	
35	

Mai

1903, Ac	30	1	2	3	4	5	6	7	8
Doses de Tuberc	"	"	"	"	"	"	"	1.00	"



ure oscille jusqu'au 6 août entre 36 et 37.8
à suite de 36 à 36.8.

gée, quelques râles en toussant; en arrière idem; dans les bases respiration affaiblie. Bacilles nombreux.

On constate certainement une amélioration des symptômes pulmonaires, qui va en augmentant jusqu'à fin décembre, pour nous donner un nouveau schéma au 30 de ce mois: les râles ont diminué, la matité est moins marquée; en avant à gauche, l'expiration est tubaire. Inspiration et expiration mélangées en arrière. A partir de ce moment les symptômes d'affaiblissement augmentent avec une température moyenne de 36° à 37°4. Les signes cavitaires deviennent distincts, la pleurésie reprend avec intensité du côté gauche. Pouls 124, la température monte et la malade meurt le 26 février.

Ce cas grave dès le début nous montre l'action favorable de la tuberculine de Béraneck sur la tuberculose pendant une période assez longue, un mieux général qui permet d'espérer une guérison, mais qui est entravé par un arrêt trop long dans le traitement et une série d'imprudences graves pendant l'absence de trois semaines.

De nouveaux malades sont venus s'ajouter aux anciens; la plupart s'améliorent, quelques-uns sont sortis guéris conditionnellement. Il y aurait lieu d'étudier l'effet d'une progression plus rapide dans l'emploi des concentrations de tuberculine surtout dans les cas avancés. Les essais tentés dans ce sens paraissent nous donner des résultats appréciables.

Les teignes pyogènes du cuir chevelu de l'enfant.

Par le Dr Charles Du Bois

Chef de Clinique au service dermatologique de l'Hôpital cantonal de Genève.

Ayant eu plusieurs fois l'occasion, soit à la policlinique dermatologique, soit dans la division des enfants teigneux du service de M. le prof. Oltramare, de constater les nombreuses erreurs de diagnostic auxquelles peuvent donner lieu les teignes suppurées du cuir chevelu, facilement confondues avec l'impétigo, il nous a semblé qu'une étude des principaux symptômes de la maladie, ainsi que de la place qu'elle occupe dans la classification des teignes pourrait intéresser quelques praticiens.

La question des teignes était restée fort embrouillée jusqu'au moment où Sabouraud en entreprit l'étude et publia en 1892 ses mémoires sur les « Trichophyties humaines » qui forment les bases solides sur lesquelles s'appuyèrent depuis lors toutes

les recherches concernant ce sujet. Il prouv
agents parasitaires qui produisent les différen
blit la distinction entre la teigne à petites sp
phyties et montra qu'il existe plusieurs espè
ties reconnaissant chacune un agent cryptoga

Les teignes, en prenant ce terme dans son
et tout en faisant abstraction de la teigne fave
exotiques, peuvent se diviser en deux grands

1° *Les teignes dites humaines,* qui se transm
enfant et ne se rencontrent ni sur l'adulte, ni

2° *Les teignes animales,* qui se rencontre
l'adulte que sur l'enfant, et sont presque to
de l'animal à l'homme.

Les parasites qui produisent ces deux gro
sont des mucédinées végétant soit à l'intéri
rieur des poils. Ils appartiennent à deux gran
des *trichophytons* et celle des *microsporons*, ré
espèces faciles à différencier depuis que Sabou
qué les méthodes pasteuriennes. Leurs cu
milieux solides sont en effet caractéristiques,
men microscopique du parasite dans le poil n
lui seul de distinguer tous les types.

Les teignes humaines sont les « tondantes
n'atteignent pas l'adulte et se guérissent gén
sans traitement, à l'âge de la puberté. Les sy
varient selon le parasite qui les produit, mais
est particulièrement modifié, alors que l'épide
peut ne présenter macroscopiquement que
peu intenses[1] Nous verrons que c'est le cont
gnes animales. La tondante siège de préférenc
mais inoculée sur la peau glabre, elle produ
thémato-squameuses, rondes, assez éphémère
on retrouve le parasite. Si l'affection, lorsqu'el
cuir chevelu, n'est pas grave en elle-même,
elle ne gêne le porteur qu'au point de v
qu'après guérison les cheveux repoussent nor
contre terrible par sa grande facilité de cont
qui peut atteindre des années.

[1] Du Bois, Pathogenie et histologie de la squame c
dantes, *Thèse de Genève*, 1902.

Cette facilité de contagion s'explique par l'état même du poil malade qui, très friable, se casse au moindre attouchement et se transporte directement ou indirectement d'une tête à l'autre, avec les spores qu'il contient.

Quant à la longue durée de la maladie, elle dépend de ce fait, que le parasite prolifère en sens inverse de l'accroissement du poil qu'il infecte, envahissant à mesure que le poil pousse, sa partie nouvellement formée et profonde. Cette portion intra-épidermique ne peut être atteinte, ni par l'épilation qui casse les cheveux malades, ni par les agents parasiticides que l'on ne peut faire pénétrer assez profondément. Seule la radiothérapie donne des résultats rapides en produisant la chute momentanée du poil et de son parasite. La repousse ne se faisant qu'après un temps plus ou moins long, toute trace d'infection peut alors avoir disparu.

Les teignes animales sont aussi produites par des trichophytons et des microsporons, mais par des espèces à propriétés particulières. Elles ont d'abord celle de s'inoculer aussi bien à l'adulte qu'à l'enfant, puis celle de produire des lésions à type infectieux, ne rappelant en rien les lésions de la teigne humaine et méritant d'autant plus d'être bien connues.

Les teignes animales, à part une ou deux exceptions que nous n'envisagerons pas, sont des teignes pyogènes. Leurs parasites exercent un chimiotactisme positif très intense sur les leucocytes humains et cette augmentation de virulence qui les caractérise peut les faire envisager comme des cryptogames spéciaux et distincts de ceux propres à l'enfant. Mais il est possible que l'adaptation et le passage sur les espèces animales aient seuls produit des variétés aussi dissemblables. Ce qui est certain, c'est que ces parasites transmis de l'animal à l'homme donnent lieu chez ce dernier à des inflammations très violentes, souvent suivies de lymphangites et d'adénites, tandis qu'ils ne produisent pas nécessairement sur l'animal des symptômes réactionnels aussi intenses.

En opposition à ce qui se rencontre dans la teigne humaine, c'est l'épiderme qui dans la teigne animale, est le plus modifié. Les poils, même malades, peuvent paraître sains, aussi les symptômes cliniques sont-ils totalement différents.

L'infection se fait en n'importe quel endroit de la surface cutanée; elle prend des aspects variés suivant les régions, aspects qui dépendent de la valeur des follicules. La lésion typi-

que correspond à un placard rond, bien délimité de folliculites agminées, avec accroissement excentrique autour du point d'inoculation.

Fréquente sur la peau glabre des adultes en contact avec des animaux malades, elle y forme des placards érythémato-vésiculeux et pustuleux, plus ou moins rouges et surélevés selon la région atteinte et la virulence du parasite. Cette forme décrite sous le nom d'*Herpès iris de Biett*, attribuée généralement à un trichophyton du chat, peut être produite par toutes les teignes animales pyogènes. Sa situation explique son peu de gravité et quelques applications de teinture d'iode suffisent à la faire disparaître.

Si l'inoculation s'est faite dans la barbe où les follicules sont nombreux et volumineux, le tableau clinique change totalement. Une forte infiltration périfolliculaire produit de grosses nodosités, les couches superficielles soulevées paraissent bourgeonner. Toute la région est hyperhémiée et des follicules malades s'écoule un liquide séro-purulent, qui au contact de l'air se concrète rapidement en croûtes jaunes-verdâtres. C'est le *Sycosis nodulaire parasitaire.*

Au cuir chevelu la lésion porte encore un autre nom celui de *Kérion de Celse.* Bien décrite et connue depuis longtemps, cette affection est attribuée volontiers au trychophyton du cheval, mais encore une fois tous les cryptogames que nous envisageons, de quelque animal qu'ils proviennent, peuvent la produire.

Ce mot de kérion, est celui qui par l'usage, exprime le mieux l'idée d'infection teigneuse suppurée, aussi doit-il s'appliquer à toute lésion pyogène produite par les parasites des teignes sans distinction de région.

Le kérion du cuir chevelu, quoique plus rare chez l'adulte, peut se rencontrer aussi bien sur sa tête que sur celle de l'enfant ; nous l'envisagerons chez ce dernier puisque c'est précisément l'affection sur laquelle je voudrais attirer l'attention.

Chez nous où les teignes animales sont presque aussi répandues que les teignes humaines, le kérion de l'enfant se rencontre souvent, mais sa fréquence varie suivant les pays et les régions, ainsi Sabouraud[1] le fait rentrer dans les cas rares à Paris. La proximité de la campagne favorise évidemment son

[1] Sabouraud. Pratique dermatologique, t. IV, p. 480.

développement, car les enfants peuvent se contaminer dans la nature sans avoir de contact direct avec un animal malade. Un de nos petits malades a été infecté dans le verger d'une vacherie où il avait joué tout un après-midi sans avoir pénétré dans l'étable, ni même vu les animaux dont l'un était porteur d'une teigne.

L'aspect du kérion varie suivant l'époque de son évolution. Le plus connu et le mieux décrit est celui que prend la peau lorsque les cheveux malades expulsés laissent une surface rouge, suintante, surélevée en forme de gâteau rond et perforée d'une quantité de petits orifices réguliers correspondant aux follicules vides. La palpation indique sous cet épiderme boursoufflé une fluctuation manifeste et fait sourdre de chaque petit

Fig. 1

trou une goutte du pus qui par la destruction des cloisons folliculaires forme une nappe sous-épidermique continue. Une traction même peu forte risque d'enlever tout d'une pièce cette peau décollée et de laisser une plaie béante avec les dangers de fortes

hémorragies, comme nous l'a
sur lequel on avait passé le r
les croûtes qui les agglomér

Cet aspect spécial, criblé,
suffit de l'avoir vu une foi
(fig. 1). Malheureusement c'
moins avancée de l'infectio
graves dégâts peuvent déjà
d'autant plus important de
que les autoinoculations son

Le début du kérion est, co
bouton semblable à un furon
follicule dans lequel germe l
orifice apparaît une vésicule

pustule. Cette pustule primo
constituant dès le début une
sins sont rapidement envahis

[1] Sabouraud. Traité des mala
Masson, t. V. 1898.

ême façon. La lésion, qui est toujours indolore, lus l'attention du malade que celle de son entou- bout de six à huit jours les premières pustules ent évacuer un pus plus ou moins épais qui agglo- eux et forme en se dessechant des placards de s verdâtres (fig. 2). Les parents n'y prennent pas s'en occupent c'est pour y appliquer des cata- l'amener la chute de ces croûtes qu'ils confondent tes d'impétigo. L'infection ainsi entretenue aug- , des démangeaisons et de la douleur se manifes- ı de la place malade et l'enfant en se grattant s spores sur d'autres points. Si par bonheur il e paquet de croûtes, l'aspect criblé de la place ire l'attention et il se peut qu'alors il ait la chance t chez un médecin. Mais nous avons souvent vu uxquels les parents défendaient expressément de re porteurs de vastes destructions du cuir chevelu ient des croûtes contre lesquelles on administrait ı! (fig. 3).

Fig. 3

ssemblance avec l'impétigo qui fait le danger du ne saurait apporter assez d'attention à l'examen n crouteuse du cuir chevelu. Les kérions en effet inuellement les uns des autres et s'il en est de ı est d'autres pour lesquels le diagnostic est plus

difficile à établir. Ils varient suivant la
c'est à dire suivant leur finesse ou leur
région du cuir chevelu qui est atteinte et n
la nature plus ou moins pyogène du parasit

Tant que la lésion est encore crouteuse,
cheveux qui donne les renseignements le
l'impétigo, ils conservent leur aspect norm
les croutes et résistent aux tractions, ils ne
lement modifiés et poursuivent leur évoluti

Ceux du kérion enchassés dans la croûte
au premier abord, ils ne sont ni cassés
dans les teignes humaines, mais, séparés d
suppuration du follicule, ils restent en pla
étrangers uniquement soutenus par la coa
moindre traction les enlève sans douleur.

A une période plus avancée, alors que l
derme et forme une tumeur fluctuante plu
le diagnostic doit se faire d'avec un abcès s
cas les cheveux peuvent tomber ou s'enle
dans les deux cas la palpation est très doul
que l'abcès présente un point central de fl
dant à la porte d'entrée de l'infection,
érythémateuse d'infiltration mal délimitée,
sente une fluctuation égale sur toute l'ét
qui est nettement limitée. Les bords form
bourrelet dur, à peine rouge. De l'abcès le
un seul orifice, du kérion il s'écoule par to
recherche microscopique du parasite dans l
confirmera naturellement le diagnostic. Ell
poils du pourtour d'un kérion, sur ceux de
ment, car ceux du centre n'en présentent p
constante. Les filaments mycéliens sporulé
pyogènes végètent autour du poil, tandis q
phytons humains vivent à l'intérieur. Pour
n'y a pas de différences microscopiques app

On rencontre souvent plusieurs kérions
ils sont alors de grandeur variable et l'on
cessus inflammatoire dans les différentes p
tion. Il arrive parfois que le cuir chevelu s
ensemble, il est alors mamelonné et sembla

La lésion n'est pas douloureuse sponta

accusent tout au plus un peu de prurit, mais alors le moindre attouchement leur arrache des cris.

Laissée à elle-même, elle peut se guérir par expulsion rapide de tous les poils atteints, mais le plus souvent il se fait des autoinoculations avant la guérison du kérion primordial. Cette guérison naturelle ou obtenue par le traitement laisse toujours après elle une plaque alopécique de peau cicatricielle et rosée qui a la dimension et la forme du kérion ; généralement ronde elle simulerait une plaque de pelade si la surface en était lisse et décolorée, mais elle est irrégulière avec de petites dépressions qui correspondent aux follicules détruits (fig. 4).

Fig. 4.

Les ganglions lymphatiques correspondant au territoire infecté peuvent augmenter de volume et devenir douloureux, leur suppuration est rare.

Le diagnostic de kérion étant posé, la première indication est d'enrayer les progrès de l'infection ; il suffit pour cela de couper ras les cheveux qui environnent les points malades, sur une largeur de 1 cm. et de faire des applications de teinture d'iode sur cette zone de protection. L'épilation, très douloureuse,

n'est pas du tout n
parasite. On enlèv
facilement et les cr
on applique sur cell
septique léger. L'i
nappe purulente so
ment par les orifice
touri lui donne issu
pansements sont
lavage de toute la t
jours ou trois semai
teigne animale. Mai
pu durer des mois
absolument sains et
une cicatrice indélé
gênante pour le po

RI

Note

par

Depuis l'année 1
Dans les environs
printemps éclate u
des domestiques no
jusqu'a présent, ni
été malades. Cette
successivement et l'
sellier venu d'un vi
habita huit jours d
dothienenthérie gr
homme étranger a
à maintes reprises
1895 et en 1899, au
rie de position, un
plus de deux seman

.un d'entre eux ne présenta de symptômes

toujours bien caractérisée, présentait les symp-
dinaux par Leube : Courbe fébrile particulière,
du pouls relativement aux hautes températures,
t de la matité splénique et éruption rubéolique.
s signes cliniques permettait de se passer des
ctériologiques ou hématologiques [1].
drique de l'endémie paraissait probable [2]. L'eau
vient d'une source isolée en plein bois. Elle est
distribuée à trois robinets un pour la cuisine,
.r, un troisième pour l'étable aux vaches. Le fait
vaient absorbé de cette eau ne furent pas tous
nal en épidémiologie ; il reçoit son explication
mmunité acquise ou naturelle, soit parce qu'une
moment est souillée à un autre.
es chimiques faites le 30 janvier et le 19 février
atoire cantonal de Lausanne, ne révélèrent au-
dans la composition de cette eau ; quant aux
tériologiques faites avec soin et à réitérées fois
atoire, en voici le résultat :

ux	Nombre de microbes p. cm.³	Bacille d'Ebert	Coli a formes longues	Coli ordinaire
voir	380	absent	absent	peu
	690	»	»	»
	210	»	»	absent

trois eaux se ressemblent au point de vue du nombre
n° 2 en contient un chiffre plus fort que la moyenne
elle paraît recevoir une contamination.
mars 1904.

Le chef du laboratoire. F. Seiler, professeur.

mbre de microbes par cc . . . 15.340
cille d'Eberth et colis divers . . Absents.
tte eau est contaminée ; elle est dangereuse pour la

0 avril 1904.

Le chef du laboratoire. Prof. F. Seiler.

ung der Constatirung von Typhusbacillen für die Diag-
is jetzt in Praxis eine höchst beschränkt... Dagegen hat
Zeit die Seroreaction,..... als ein Mittel bewahrt das einer
rphus unter Umstænden die nothige Sicherheit giebt.
Diagnose, 1901).
es autorités sanitaires du premier corps d'armée déclarè-
port, ces eaux impropres à la consommation.

En conséquence le robinet de l'écurie fu
duite détruite et construite ailleurs. Seu
nuent à s'y abreuver.

Entre temps, un examen très soigné au
sur ces eaux par les soins de l'Institut bact
La réponse fut qu'elles étaient irréprochal
consommées.

L'absence de microbes pathogènes n'es
solue de l'innocence d'une eau, et on peut
pour suspecte si des faits d'observation s
rôle comme fauteur d'infection. Ici ces
d'une façon suffisamment nette.

Je fis alors examiner les purins et les
des colis communs, mais pas de bacilles d'

Je recueillis ensuite les poussières des
tique. Celles-ci avaient été désinfectées
Malgré cela on verra que ces poussières fu
riles, et voici le rapport que me fit à leur
bactériologiste au Laboratoire bactériolo
Qu'il me soit permis ici de lui exprimer
ments pour son inépuisable complaisance
pour ses travaux consciencieux.

Lai

Monsieur le docteur,

Je suis en mesure de vous rendre compte auj
bactériologiques que j'ai faites sur les pouss
envoyées il y a quelques semaines, au point de
genes qui pourraient s'y trouver.

Tout d'abord, par ordre de fréquence, nous
simple culture en bouillon phéniqué, système
d'emblée une foule de bactéries saprophytes : 1° l
courte ; 2° le même bacille à forme longue ; 3°
mie ; 4° le bacille de Nicolaïer ou tetanique.

Pour isoler autant que possible les espèces, une
a été ensemencée sur agar glycériné ; celui-ci a
belles qui, soumises aux differentes réactions q
donné des résultats positifs.

Le bacille d'Eberth qui est probablement un d
que presente quelquefois le colibacille, a été l'
étendues après inoculation aux cobayes ; j'y revie

Sur gelatine glucosee en piqûre profonde, nous
cette dernière quelques stries perpendiculaires à
tres en forme d'etoiles disseminees un peu dans l
caracteristiques des cultures tetaniques sur gélatine

Pour obtenir un bouillon de culture apte à é

ensemencé une anse du bouillon primitif dans du bouillon normal et abandonné à l'étuve a 39° pendant 24 heures.

Au bout de ce temps, un cobaye femelle du poids de 300 gr., fut l'objet d'une inoculation sous-cutanée de 1 cc à la partie interne de la cuisse. Mort en 44 heures avec tous les signes d'un empoisonnement du sang.

A première vue, nous constatons un œdème considerable intéressant tout le trajet de l'aiguille jusqu'au pli de l'aine; les ganglions sont fortement engorgés.

A l'autopsie les vaisseaux abdominaux sont gorgés de sang (j'en prélève un peu pour un examen postérieur); un épanchement séreux citrin dans la cavité abdominale; dans le péricarde même constatation; un épanchement pleural baigne le poumon (j'en prélève également pour expériences). Des ecchymoses multiples le long de l'intestin grêle. La rate est tuméfiée, de couleur noirâtre; dégénérescence graisseuse du foie.

Nous retrouvons le bacille de la septicémie dans l'exudat péritonéal ainsi que sur la sérosité qui recouvre le foie.

Quand à la recherche du bacille typhique, examen plus délicat, nous avons recouru à deux sources différentes: 1° au sang recueilli dans les vaisseaux, 2° à l'épanchement pleural.

La réaction de Vidal qui a servi aux constatations, a donné un pouvoir *agglutinant très faible pour le sang* et un résultat négatif pour ce qui regarde l'épanchement pleural.

Conclusions. Les poussières contiennent: 1° des bacilles de la septicémie, 2° des bacilles du tétanos, de Nicolaïer, 3° des formes de coli communes très voisines du bacille d'Eberth, et présentent quelques-unes des réactions de ce dernier.

Toutefois la preuve absolue de la présence de ce dernier n'a pas été faite.

W. de Stoutz, bacteriologiste.
Vu et appprouvé le rapport, Prof. Frédéric Seiler.

Ainsi donc nulle part on ne trouve de bacille d'Eberth, des colibacilles là où il était bien naturel de les trouver, et dans les poussières un microorganisme se rapprochant de celui d'Eberth par certaines réactions, en l'espèce un faible pouvoir agglutinatif.

Grâces à leur resultat quasi négatif, ces recherches ne permettent pas de conclusions fermes. Elles offrent du moins quelque intérêt en montrant que même dans un milieu aussi simplifié que le milieu rural les causes et les facteurs des maladies épidémiques ne sont pas toujours faciles à déterminer. Elles font voir encore avec quelle prudence et avec quelle discrétion il convient d'appliquer les mesures hygiéniques en apparence les plus simples, si l'on veut éviter de frapper de discrédit la lutte contre les maladies par l'exécution de mesures dont la justification n'est pas nettement établie.

Plaie pénétrante du

M. X., manœuvre, 24
Le 21 juin 1904, à 6 l
mètre et demi sur le n
l'anus. Il ressent une v
rentrer à pied chez lui.
Dans la nuit du 21 au
sieurs fois à la selle. Pa
douleurs vagues au p
appelé que le 22 septem
vingt heures après l'acc
Status. — Homme bi
remue facilement et dit
La langue est bonne ;
ballonné que de coutum
pation, aucune tension
tater de matité à la pe
pas palpable. Au périné
côté gauche.
Toucher rectal. — Le
tate aisément à la parti
de l'anus, au-dessus du
prostate une perte de s
dans laquelle la pulpe
semble que l'extrémité
s'écoule alors par l'anu
Le blessé me montr
1500 gr. d'urine sangui
urine en totalité par le
par l'urètre.
Je constate un écoule
Je fais transporter le
c'est-à-dire 23 heures a
Position de la taille p
chard, j'introduis dans l
environ 20 gr. d'urine
toucher rectal ; la plaie
est anfractueuse, déchi
dans la vessie et je sens
par l'urètre.
Désinfection de la p
injectée par le rectum

place la sonde à tambour par une sonde en gomme que je fixe à demeure.

Tamponnement de la plaie rectovésicale avec de la gaze au dermatol. Lavage de la vessie afin d'évacuer le lysoforme. La sonde à demeure reste débouchée afin de permettre l'écoulement continuel de l'urine. Diète lactée, laudanum, bismuth.

Pendant les quatre premiers jours tout va bien; le cinquième jour, dans la nuit, le malade va abondamment à la selle et expulse le tampon.

Le lendemain matin, 27 juin, la sonde urétrale ne fonctionne plus. L'urine qui s'est écoulée pendant la nuit contient un fort dépôt ressemblant à des matières fécales et en ayant l'odeur. L'urine coule de nouveau en abondance par le rectum, chose qui ne s'était pas produite pendant que le tampon était dans la plaie.

Je désinfecte aussi bien que possible le rectum et pratique de nouveau un tamponnement Je place une nouvelle sonde à demeure et fais un lavage de la vessie avec une solution de permanganate de potasse à 1 ‰.

Tout rentre de nouveau dans l'ordre; l'urine est fortement trouble et laisse un dépôt considérable. Deux fois par jour je pratique un lavage vésical au permanganate. L'urine s'éclaircit peu à peu.

Le 1er juillet j'enlève le tampon rectal; la plaie s'est rétrécie dans une grande mesure, la pulpe du doigt ne peut plus y être introduite. Depuis lors il ne s'écoule plus une goutte d'urine par le rectum.

Je laisse la sonde à demeure encore 48 heures; le 3 juillet, je l'enlève. Le 4 juillet, le malade se lève pour la première fois. Le 6, je le présente à la Société médicale de Genève.

La plaie rectale à ce moment-là est entièrement cicatrisée, l'urine est parfaitement claire, il n'y a pas trace de cystite.

Le malade, qui est encore faible, recouvre peu à peu ses forces et reprend son travail pénible de manœuvre le 1er août.

Cette observation m'a paru mériter les honneurs de la publicité à plusieurs points de vue :

En premier lieu les cas d'empâlement avec plaie pénétrante du rectum et de la vessie ne sont pas très fréquents. C'est en tous cas le premier que j'ai pu observer, aussi étais-je assez embarrassé au sujet de la conduite à tenir.

La plaie était-elle pénétrante, c'est-à-dire avait-elle intéressé la cavité péritonéale?

Je sais que plusieurs cas de plaies de vessie atteignant en même temps la cavite péritonéale ont été publiés avec guérison sans péritonite, alors qu'une certaine quantité d'urine avait déjà fait irruption dans cette cavité.

L'urine normale n'est pas septique. Dans le cas qui nous occupe l'écoulement urétral me laissait songeur.

Je n'ai vu le blessé
ce moment-là il n'exis
croyais alors pouvoir p
trante.

Fallait-il intervenir, (
au moyen d'une taille b
suturer cette plaie?

Cette question aurait
vu le malade de suite a
res. j'estimais qu'il se
infectée presque sûreme
le rectum. Je me décida
sible, à me borner à un
la plaie et à la mise à (
che de la guérison m'a (

La sonde a été, à mon
trisation de la plaie s'es
la guérison complète a é

A noter pour termine
ne s'est pas infectée, n
urètre infecté par le
de matières fécales dan

SOCIÉTÉ

Séance de printemps au

Présidenc

Le président ouvre la s
Montmollin, aux prof. de V
Dr Kurillo (Russie) et au Dr
à la séance. Il lit ensuite un
guier, qui remercie la Soci
témoigné à l'occasion de son

M. E. Mayor présente le
professionnels, qui se termi
l'ordre des questions posées

Question VIII. — *Quels so*
cernant la législation de l'ass

1) La *Société vaudoise de m*
médecins vaudois, n'est pas
sant toutes les classes de la

2) Au cas où l'obligation de l'assurance-maladie serait introduite dans la loi, elle devrait être restreinte aux classes à revenus annuels inférieurs à 2.500 francs.

3) La Société choisit comme le moins préjudiciable aux intérêts matériels et moraux de tous, le système de l'assurance libre avec subvention de l'Etat aux sociétés de secours mutuels sous certaines conditions, entre autres : *a*) le traitement médical payé aux médecins par la caisse directement, *b*) l'élaboration d'un tarif tenant compte du revenu annuel de l'assuré (l'art. 10 du tarif minimum de la *Société vaudoise de médecine* contient déjà ce principe), *c*) autres conditions à discuter.

4) Si l'assurance libre est admise pour toutes les classes, la *Société vaudoise de médecine* estime que l'Etat devra se charger du payement des soins médicaux aux indigents non-assurés, d'après un tarif raisonnable, avec le choix libre du médecin.

Question IX. — *Quels sont les vœux du corps médical de votre canton concernant l'organisation du service médical auprès des sociétés de secours mutuels?*

1) La *Société vaudoise de médecine*, ne voulant pas de médecins fonctionnaires dépendant des comités de caisses, estime que le choix libre du médecin parmi ceux qui déclarent accepter les conditions de la caisse, s'impose comme étant le meilleur.

2) Elle considère le règlement des honoraires par visite et par consultation, suivant un tarif à déterminer entre les représentants autorisés du corps médical et les comités des caisses de secours, comme le seul rationnel.

3) Elle est d'avis que le règlement des honoraires se fasse par l'intermédiaire de la Caisse des sociétés.

Question X. — *Autres vœux et remarques éventuelles :*

1) La *Société vaudoise de médecine* désire que le législateur introduise le plus de liberté possible dans son projet d'assurance-maladie.

2) Elle désire en outre que les écritures exigées du médecin soient réduites à un minimum et que chaque certificat soit rémunéré.

Le président remercie M. Mayor pour son consciencieux travail et fait voter les conclusions de ce rapport. A l'unanimité la Société décide qu'elles seront envoyées à la *Commission médicale suisse*

M. Muret lit un travail intitulé : *Quelques mots sur le curettage de l'utérus.*

Il parle de la technique et des dangers de ce curettage en général et de la perforation de l'utérus en particulier. Il a observé lui-même trois cas de perforation utérine au cours du curettage, et a pu vérifier l'exactitude de son diagnostic par la laparotomie qui devait suivre le curettage et fut faite immédiatement après l'accident, dans deux de ces cas pour un kyste de l'ovaire et dans le troisième pour une hystéropexie. Dans tous les trois M. Muret avait pratiqué le curettage avec beaucoup de précautions, parce qu'il redoutait l'accident, vu qu'il s'agissait d'utérus en

subinvolution puerpérale. C'est l
perforation, et le tissu utérin pe
percer sans aucun effort, comme
n'est d'ailleurs pas grave par elle
tiquement sur un utérus non
dangereux, c'est la pénétration d
tique ou toxique, et c'est le sub
la mort des perforées. Aussi M.
tion intra-utérine de sublimé et d
la curette irrigatrice, qui introdu
la curette du liquide dans le périt

Le diagnostic de la perforatic
qui pénètre tout à coup profondé
de résistance, est caractéristique
se garder de répéter l'expérienc
croire à l'existence de l'utérus »

M. Muret insiste encore sur
aussi simple que possible. Pour
col, les dilatateurs, sont le plus
ment indiqué; une sonde de
curette, lui suffisent dans la pl
curettage dans le lit de la malad
dorsal, sans la mettre en travers
curettage « bimanuel », c'est-à-d
le fond de l'utérus, qui est ain
placée sur le col. L'opération ne
minutes. M. Muret se prononce
pas de tenir le fond de l'utérus, «

Apres un banquet, où d'aima
par M. Campart et M. Krafft,
prendre le train qui doit conduir

—

SOCIÉTÉ MÉI

Séance a

Présidence d

17 membres présents.

Le president lit une lettre du
fondation d'une *Société d'obstétr*
puis une lettre du Dr Charles Ju
la Societe lui adressa le 2 juin et
20 juin 1904.

sente un jeune homme qui a été atteint d'une *plaie pénétrante du périnée et du rectum* et rapporte l'observation du cas (voir

racontes un accident analogue où la guérison a été parfaite
s cicatricielle.

te l'observation d'un cas de *grossesse extra utérine* non
-début.

femme jeune, bien portante, mère d'un enfant de 9 ans.
ment, elle est prise subitement dans la nuit du 11 au 12 mai
ominales très violentes accompagnées de nausées. On
bière froide bue la veille, mais le Dr Junod appelé auprès
s'le cas grave et appelle M. Patry en prévision d'une
urgicale. A ce moment l'abdomen est tendu ; malgré une
sculaire, on délimite un gâteau très manifeste dans la
te région est mate, tandis que le reste de l'abdomen est
'o. Pouls petit, fréquent. Le diagnostic le plus probable
par rupture d'un abcès périty phlitique réclamant une
de ; celle-ci est fixée pour l'après-midi du 13, les parents
pter de suite.

ouvert comme pour une périty phlite ; pas d'œdème du
l'ouverture de celui-ci s'écoulent des flots d'un sang noir
caillots M. Patry en retire à pleines mains trois litres et
es de ce côté sont normales, mais après nettoyage de la
ne un suintement de sang rouge paraissant venir des
. L'abdomen est largement ouvert jusqu'à la fosse iliaque
e de ce côté, augmentée de volume, est éclatée dans son
apidement liée et enlevée. La paroi est suturée, avec
e Mikulicz et la malade rentre chez elle vingt jours après.
e de la paroi a été dû probablement à la section et à la
gastriques.

nde s'il y a eu sûrement une grossesse ou bien si ce n'est
du plexus ovarien qui s'est rompue, les règles n'ayant
mées.

augmentation de la trompe prouve déjà macroscopique-
sans qu'il soit nécessaire de faire l'examen microsco-

insiste sur deux signes qui peuvent aider le diagnostic et
rupture d'une grossesse extra-utérine dans les cas diffi-
rd l'absence de fièvre, la température restant normale ou même légèrement abaissée ; c'est ensuite l'aspect lipothymique hémorragique de la patiente : faiblesse extrême et rapidité du pouls, pâleur excessive de la peau et décoloration des muqueuses. Il ne faut pas oublier que s'il s'agit de grossesse rompue, chaque heure qu'on laisse écouler avant l'intervention diminue les chances de succès, plus peut-être qu'en tout autre cas.

M. L. Revillion : De mon te
grossesses extra-utérines, mais c
qui se guérissaient relativemen
chaudes. Il existe peut-être bie
de grossesses.

M. Patry : Le diagnostic ent
et une hémorragie est presque i
cas la température est basse et l

M. Andreæ : De mon temp
étaient peu connues et lorsque
d'hématocèle péri-utérine était p
Pourtant les grossesses extra-u
neuf en deux ans et un cas ent
l'opium, c'était celui d'une fem
le moindre mouvement aurait t

M. Gœtz a vu trois cas de gr
Dans l'un il s'agissait d'une je
début été pénible, elle tombe
douleurs abdominales; opérée
moins guéri complètement.

M. Andreæ présente au no
accompagnée de la pièce. M. Gi
dix-huit ans qui souffre de viol
fréquent d'uriner. Arrivant nor
il constate une tumeur noirâtre,
cache complètement la vulve,
n'est pas pédiculée, mais simple
rent un gros caillot sentant hor
de sang, de smegma et de poils.
sonne les soins de propreté, lui

BIBLI

F. Rilliet. — De la mesure cli
de 103 p. *Thèse de Genève*, 1

La pression sanguine est un f
nique, aussi de nombreux anten
qui peuvent être employés par l

l'homme en effet on ne peut, comme on le fait en pl
directement un instrument en communication avec une
passe en revue les divers appareils qui ont été proposés
suppléer et donne la description des principaux d'en
sphygmomanomètre de Potain, le sphygmomètre de
sphygmomanomètre de Riva-Rocci, le tonomètre de Gær
pression capillaire il analyse les diverses méthodes emp
rendre compte : procédés de la tache, procédé de Strauss
sion veineuse les méthodes qu'il avait à sa disposition s
permettent guère de conclusions.

Comparant les résultats qu'il obtient en se servant de
reils, M. Rilliet publie ses observations sous forme de t
quels il classe les diverses maladies qu'il a étudiées et fo
sions suivantes :

1° Les divers instruments employés en clinique pour
sion du sang ne sont pas équivalents. Les différences
observées sont : *a*) des différences physiques, *b*) des dif
giques.

2° Les différences physiques tiennent à la constructi
Les instruments à transmission métallique sont moins e
truments à air, qui s'adaptent mieux aux parois artériel

3° Les différences physiologiques dépendant du poin
l'appareil, il y a lieu de distinguer entre la pression
sur les artères de moyen calibre par les appareils de Riv
Bloch-Chéron et la pression artériocapillaire mesurée su
res par le tonomètre de Gærtner.

4° L'idéal serait de pouvoir mesurer la pression int
pression artérielle, la pression capillaire et la pression
tinguer la pression maxima et la pression moyenne. I
faut se contenter dans la pratique de mesurer la pression
et la pression artériocapillaire.

5° Il est nécessaire de mesurer la pression artérielle e
riocapillaire dans chaque cas. Ces deux pressions peu
dantes, dissociées ou plus rarement discordantes. L'étu
tions et de leurs rapports fournit des renseignements clin

Mme Gourfein-Welt. — De la pathogénie du décollemen
rétinite albuminurique : broch. in-8 de 9 p., extr. d
vaux du X° Congrès internat. d'ophtalmologie (Lucern

L'auteur se basant sur l'examen de deux cas de rétin
avec décollement qu'elle a pu étudier *post mortem* et do
description macroscopique et microscopique détaillée, est
clusions suivantes sur la pathogénie de cette affection :

1° Dans le décollement de la rétinite
rétinien homogène provient de la choroïd
accumulation hydropique derrière la rétir
autres organes.

2° L'exsudat réticulé ou grumeleux qui
avant et en arrière de la rétine, provient

3° Le décollement de la rétine peut se p
car nous n'avons pas pu constater des adh
la rétine.

4° Le decollement ne paraît point non
car la rétraction du corps vitré que l'o
probablement postérieure au décollement
en être la cause.

Calot.— Technique du traitement de la
avec 178 fig. Paris 1904,

Ce livre est le premier volume d'un tra
pédique, dans lequel le distingué chirurg
l'institut orthopédique de Berck sur me
thérapeutique des tumeurs blanches, de la
che, du mal de Pott, de la paralysie infan
de la coxalgie dont le traitement en appar
il, à assurer le repos de la hanche, à corri
tenir très exactement cette correction au
fait; il faut, en outre savoir ponctionne
besoin l'articulation de la hanche. La pre
crée à l'étude technique des procédés th
M. Calot expose en clinicien les formes di
ses aspects variés et comment il faut asso
les moyens indiqués plus haut. Mais ava
reconnaître la maladie, aussi l'auteur fait
de deux courts chapitres consacrés au d
maladie. L'ouvrage est accompagné d'un
grande compétence que M. Calot a acquise
dans le traitement de la coxalgie donne u
si pratiques exposées dans son ouvrage.

Estor. — Guide pratique de chirurgie int
avec 165 fig. Paris 190

Le but de M. Estor, professeur à la Fa
lier, en écrivant ce livre est de venir en a
specialement étudié la chirurgie infantile

trer comme on peut dans bien des cas remplir les indications de cette nière sans installation somptueuse ni appareils trop compliqués. Les di sujets traités sont rangés dans l'ordre alphabétique qui facilite les rec ches; pour chacun d'eux, l'auteur résume d'abord quelques notions in pensables de pathologie puis, le diagnostic une fois établi, expos méthode thérapeutique qui lui paraît la meilleure. De très nombre figures viennent heureusement compléter le texte.

L. Hoche. — Les lésions des reins et des capsules surrénales; 1 in-8 de 332 p. avec 81 planches et 87 fig. microphotographiques; P 1904, Masson & Cie.

L'auteur, chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté Nancy, a écrit ce livre en collaboration avec M. P. Briquel, prépara d'anatomie pathologique. Il y expose d'une façon nette et précise les rations rénales examinées à l'œil nu et au microscope; il y résume travaux récents concernant les diverses néphrites albumineuses si va bles par leurs caractères anatomiques et suivant les maladies génér infectieuses ou toxiques qui les produisent; il étudie les néph subaigues et chroniques sans parti pris, abstraction faite des théori discussions d'écoles; il traite ensuite des néphrites infectieuses as dantes ou descendantes, vasculaires ou d'origine vésicale; puis ce les maladies par rétention urinaire, les tumeurs rénales, les lésions capsules surrénales, etc., en un mot, toute la pathologie du rein et capsules qui les coiffent, avec des idées très personnelles sur cert points particuliers. L'illustration de l'ouvrage est entièrement origin Elle comprend un grand nombre de figures et de planches photogra ques, qui sont la reproduction fidèle des préparations histologiques l'auteur et de pièces de grandeur naturelle recueillies aux autopsies les hôpitaux de Nancy, aussi ce livre est-il en même temps une ic graphie de grande valeur. Basé sur des faits bien observés, il sera, co le dit M. le prof. Cornil, dans la préface par laquelle il le présente public, utile à tous, aux médecins qui savent déjà, comme aux étudi qui veulent apprendre.

Stöhr. — Manuel technique d'histologie, traduit par les Drs Toupe Critzman, édition française complètement remaniée d'après la 10e tion allemande par le Dr P. Mulon. Préface du prof. Cornil, 1 grand in-8 de 514 p. avec 339 fig. en noir et en couleur. Paris 1 Steinheil.

Ce livre comprend deux parties très distinctes : c'est à la fois un t théorique et un manuel pratique. Les détails de la cytologie, de l'hist gie et de l'anatomie microscopique y sont exposés avec une grande ex tude, mais sans surcharge inutile; les théories les plus récentes y ont

place quand l'auteur, guidé par sa l
ries étaient quasi définitives et comp
un livre complet, sans cesser d'être
diant pour la préparation de ses e
excellent guide pratique pour le dé
attaché à enseigner des méthodes t
ment tous leurs détails. Chaque ch
suivi de l'exposé des techniques s
des nombreuses figures porte l'indic
faire la préparation qui est dessin
techniques plus compliquées destin
de la structure microscopique. Ici en
et indiqué celles de ces techniqu
comme les meilleures. Ce ne seront
trouveront profit à lire ce bel ouv
compte, dit dans la préface M. le p
table. »

—

G. Morache. — Naissance et mort;
médicale), Paris

Cet ouvrage, fait sur le même pla
la grossesse et l'accouchement, pub
fesseur à la faculté de Bordeaux, e
médecine légale dans laquelle M. Mo
tives à la naissance et à la mort qui
cice de ses devoirs légaux professio
considérations historiques, biologiq
mes sujets ; c'est ainsi qu'il discute
générations les unes aux autres, les
de la paternité l'arrête aussi d'une
reusement cette idée d'après laquell
voit reprocher sa « honte » et la « fa
inconnu, seul coupable, traverse l'e
Les signes de la mort sont très com

—

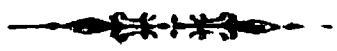
J. Darier — L'artérite syphilitiqu
Paris 190

Malgré d'innombrables publicatio
plus ou moins spécifique des lésions
localisation dans l'une ou l'autre des
decin de l'Hôpital de la Pitié à Paris
vations personnelles, que l'endartér
meuse, la périartérite aiguë ou chro

vent se rencontrer et coexistent parfois dans un même cas. Pour lui, la syphilis réalise tantôt des lésions hautement caractéristiques, tantôt des lésions plus banales, et peut même intervenir comme cause de l'athérome vulgaire. Il expose ensuite comment les altérations vasculaires causées par la syphilis retentissent sur la circulation générale et locale et en déduit la symptomatologie de l'artérite syphilitique cérébrale, de l'aortite syphilitique et des artérites périphériques. Le chapitre du diagnostic clinique de la syphilis artérielle dans ses diverses localisations, mérite une mention toute spéciale ; M. Darier s'est efforcé de l'asseoir sur une base plus solide qu'on ne l'avait fait jusqu'ici. Pour l'artérite cérébrale, par exemple, il montre la valeur prépondérante qui revient au point de vue diagnostique 1° à la ponction lombaire et à l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien, 2° aux troubles pupillaires et notamment à la perte du réflexe à la lumière, laquelle, d'après les travaux de Babinski, est un stigmate certain de syphilis. Les différentes questions de diagnostic différentiel, parfois si délicates à résoudre en pratique, sont examinées en détail. Le pronostic dépend, pour une bonne part, de la précocité et de l'intensité de l'intervention médicale, aussi le traitement est-il indiqué par l'auteur, dans ses diverses modalités, avec toute la précision désirable.

Belot. — La radiothérapie, son application aux affections cutanées; 1 vol. in-8 de 520 p. avec 21 fig. et 13 planches hors texte. Paris 1904, Steinheil.

Le but que s'est proposé l'auteur a été de faire un ouvrage essentiellement pratique. Il n'a exposé que les connaissances techniques indispensables au médecin désireux de faire de la radiothérapie ; il s'est étendu sur les applications cliniques. Son ouvrage est divisé en trois parties : Dans la première il passe rapidement en revue les appareils nécessaires à la production des rayons X, et étudie en détail les instruments de mesure qui permettent le dosage et le réglage des rayons de Röntgen. La seconde comprend l'étude de l'agent actif et de ses effets physiologiques ; après avoir démontré que ce sont les rayons X seuls qui agissent, il étudie en détail les facteurs capitaux qui doivent présider à leur application ; viennent ensuite les méthodes et les indications. La troisième est clinique : L'auteur passe en revue les dermatoses dans lesquelles la radiothérapie a été employée avec succès. Il fait un historique sommaire de chaque question et indique, pour chaque maladie, la méthode qu'il a utilisée, les doses absorbées, les résultats obtenus. Il ne s'est pas limité aux affections dermatologiques ; il a résumé aussi l'état de la question du traitement des cancers profonds, indiqué sa méthode et ses résultats. L'ensemble de ce travail est le fruit des études que M. Belot poursuit depuis plusieurs années sur la radiothérapie à l'hôpital Broca, dans le laboratoire du Dr Brocq, qui a rédigé la préface de l'ouvrage.



Université de Genève. —
Dr B. Hugurnin, privat-docen
tant à l'Institut pathologique,
gique pour le semestre d'hiver

Cours tactique et clinique
eu lieu à Genève du 12 au 24
major Humbert, de Davos, et
Labhardt, de Bâle; Born, B
Dunant, Machard et Rotschy,
et Ubert, de Neuchâtel; Cor
de Vaud; Antognini, Blotti e
Le cours de clinique chirur
Reverdin, les cours d'opératio
Jaques Reverdin, celui d'opht
d'otologie par M. le Dr Gude

Caisse d'assurance des mé
cinquième assemblée générale
du matin, au buffet de la gare
Ordre du jour. 1° Rapport
rendu financier. — 3° Propo
secours avec revision partielle
tion. — 4° Projet de contra
l'assurance sur la vie et sur l
des art. 20, al. 2 et 24 des st
d'entrée. — 6° Proposition de
finir le terme : « réserve po
exigences du prof. Kinkelin.
alinéa 8, des statuts. — 8° Dé
tion et de l'administration. —
Vu l'importance de l'ordre
membres d'assister nombreux

Caisse de secours des médeci
De divers. — En mémoire d
Zurich, fr. 50, (50+4203.7
Dons précédents de 1904, fr. 1
Bâle, le 1er Octobre 1904

ÉE. — N° 11. 20 NOVEMBRE 1904.

EVUE MÉDICALE
A SUISSE ROMANDE

RAVAUX ORIGINAUX

l'action cardio-vasculaire de quelques dérivés de la xanthine.

Par le Dr Thomas

'expérimentation une série de substances appar-
ne famille pharmacodynamique et dont la cli-
jà révélé en partie les effets chez l'homme, tel
mémoire. J'ai cherché en une faible mesure à
donné par M. le prof. Mayor dans sa magis-
n de l'action des dérivés de la morphine. C'est
cette idée directrice que j'ai depuis quelques
n attention sur l'influence cardio-vasculaire des
vés de la xanthine. On sait à l'heure actuelle
su de la purine, peut donner lieu à diverses com-
substitution d'un ou plusieurs radicaux méthy-
vons actuellement deux diméthyl-xanthines, la
la théocine ou théophylline et une triméthyl-
féine. Une seule mono-méthylxanthine 3 a été
ar Impens sans résultats bien appréciables.
ne étant insoluble, quelques auteurs ont cher-
r dans ce sens par l'adjonction de divers sels;
i la diurétine, simple mélange à parties égales
et de salicylate de soude, et l'agurine qu'Impens
adjonction d'acetate de soude. J'aurais l'occa-
e reparler de ce dernier corps.
ublié le résultat de mes recherches sur la théo-
reviendrai que comme terme de comparaison;
a théocine a fait l'objet d'une note insérée dans
érapeutique et résumée à la *Société médicale de*

Ces substances sont fréquemment employées comme diurétiques et toniques cardiaques, il n'est pas sans intérêt de les comparer au point de vue de leur action sur l'animal.

Partie expérimentale.

A. — *Théobromine.*

Dans ma précédente communication sur la théobromine. j'avais fixé la dose de 0,035 par kg. comme n'exerçant pas une influence appréciable sur la pression. Révision faite de mes tracés d'une part, et tenant compte d'autre part de l'influence exercée par le mode d'anesthésie dans certaines expériences, il faut faire une correction et porter ce chiffre à 0,047 par kg. Quand on reste au-dessous de cette dose, on observe qu'en général le niveau de la pression varie dans de faibles limites : quelques millimètres en plus et c'est tout. Mais quand on la dépasse, l'action cardiaque devient irrégulière, la pression descend avec de grandes oscillations. Il se produit des faux-pas, des syncopes ; c'est une véritable asystolie, la mort peut arriver brusquement. On observe souvent en même temps des secousses, un état convulsif, mais ce dernier phénomène se produit moins rapidement qu'avec la caféine et surtout qu'avec la théocine.

Pour le nombre des pulsations, il existe des différences assez marquées suivant les expériences et le mode d'anesthésie : d'une manière générale, on constate de l'accélération. Puis suivant que le cœur est plus ou moins compromis, les pulsations deviennent irrégulières, leur amplitude diminue beaucoup, et enfin elles arrivent à être incomptables. On pourrait croire au premier abord à du ralentissement, mais il n'en est rien. Il faut bien remarquer du reste que la mensuration exacte du nombre des pulsations est très difficile à cause de leur petitesse chez le lapin, et lorsque cette mensuration doit être pratiquée avec une loupe, les erreurs sont presque inévitables[1].

[1] M. le prof. Mayor a répété mes expériences sur la théobromine en introduisant cette substance soit directement dans le système circulatoire soit dans le duodénum, et obtenu les mêmes résultats. Il a pu constater en même temps que l'action excitante sur le système nerveux est assez faible.

B. — *Agurine.*

Comme je l'ai dit, l'insolubilité complète de la théobromine a paru une circonstance défavorable à quelques-uns, et l'on a cherché à résoudre cette difficulté. En dissolvant une molécule de théobromine dans de la soude caustique, on obtient un produit très irritant, mais qui peut s'associer à des sels qui le rendent plus soluble, tels que le salicylate et le benzoate de soude. Avec ce dernier, a été composée *l'uroferrine* qui n'a jamais été utilisée que je sache; la combinaison avec le salicylate est la *diurétine* très employée encore aujourd'hui en Allemagne. Il s'agit dans ce cas d'un simple mélange à 50 °/₀, et non d'un nouveau corps, d'ailleurs très peu stable.

Je n'ai pas l'intention de faire la critique de ce produit; ses inconvénients ont été exposés à plusieurs reprises par Huchard qui a été le promoteur de l'emploi de la théobromine, et dans une thèse de Genève par Mlle Lewenson. Divers accidents ont été observés; d'ailleurs un grand nombre des malades auxquels on administre la théobromine ayant le cœur et les reins compromis, l'acide salicylique ne peut qu'être dangereux pour eux.

Impens a montré dans diverses expériences que la pression diminue déjà avec de faibles doses de diurétine, tandis que l'agurine, aux mêmes doses, ne produit encore aucun effet de ce genre. Il a obtenu cette dernière combinaison en associant la théobromine sodée à l'acétate de soude. Une molécule d'agurine contient 59,7 °/₀ de théobromine, proportion plus considérable que celle qui existe dans la diurétine. C'est une poudre blanche, facilement soluble dans l'eau; elle est précipitée par l'acide chlorhydrique du suc gastrique, il se forme alors du chlorure de sodium et de la théobromine. En solution, c'est un mélange, mais la cristallisation de ce nouveau corps est nette et différente de celle de ses composants.

Quelques expériences sur la grenouille montrent que l'adjonction de l'acétate de soude ne modifie pas l'action de la théobromine sur la production de la rigidité musculaire. Avec l'appareil de Williams la vitesse du cœur est accrue chez le lapin; on n'observe pas de diminution de l'élasticité, mais la force absolue du cœur décroit. A la dose de 0,11 gr. à 0,12 par kg. (soit environ 0,06 de théobromine) la diminution de pression est peu considérable. En outre, la faible dose d'acétate de soude ne suffit pas à rendre les urines alcalines.

Solacolu a
cité du prod
sont assez va
J'ai fait à
et en voici le
Huit lapin
thésie et intr
0,025 par cc.
les premières
puis à partir
progressive.
tions sont pe
vée, soit 0,
veineuse, la
prenant la
qu'au dessou
pression ne
tion d'acéta
avec la théol
avec cette su
Si l'anima
dose d'aguri
tion des pul
introduite es
rapidement.
irrégulières,
aussi intense
plus rares e
importance;
été pratiqué
compte des r
tain que le sy
deux substar
La respira
ne subit pas
du reste, en

Les auteu
la caféine, sc
petites doses

ortes doses la diminuent. Il existe sans doute
ns dues au mode opératoire, aux différentes
ux employés, à d'autres causes encore, mais
e est bien celle que j'indique. L'élévation de
a résultante de l'excitation du centre vaso-
ns un travail que j'ai déjà souvent cité ailleurs
les résultats les plus complets et nous fournit
.us certaine à l'heure actuelle.
r un procédé de son invention, a expérimenté
éine sur le cœur isolé des mammifères, et il a
lans ce cas, c'est-à-dire, en dehors de toute
ible des centres nerveux et des modifications
isseaux, la pression, à part quelques différences
le pas à diminuer constamment et de plus en
nt la vitesse du pouls est augmentée; si donc à
on du cœur, la même quantité de sang qu'a-
de caféine était chassée dans les vaisseaux,
erait. Ce fait nous prouve déjà que l'influence
caféine doit être cherchée dans l'action exer-
.lature cardiaque; c'est en effet le débit du
le l'ondée qui diminue par suite de l'altération
e dernière, dont l'existence a été établie déjà
xpériences, consiste dans une perte d'élasticité,
ressive. Les substances du groupe de la digi-
ntine par exemple, exerçant une action con-
le relachement complet après la contraction,
te dernière, combattent directement l'influence
pendant, même dans ces circonstances, on peut
début après l'injection de petites doses, une
ible mais passagère de la pression. Ce fait
ès Bock, parce qu'à cette période, la fréquence
augmentée alors que l'influence de la caféine
re cardiaque n'est encore que peu prononcée,
n a constamment une diminution de pression

ıent chez l'animal normal; les premières doses,
les sont élevées, augmentent la pression par
tion du centre vaso-moteur qui renforce la
tème circulatoire, cette action est du reste peu
·al injecté au début de l'expérience, par son
e sur les vaso-moteurs, s'oppose à la produc-
mène.

Mes expériences ont été
anesthésiés par l'éther, et
est loin d'être sans impor
dans le premier cas l'an
secousses musculaires, les
me qui se caractérise nett
Un tel résultat n'est pas s
pression déjà modifiée par
Pouchet l'a bien démontré

Comme pour les substan
miner quelle est la dose
dépression se fait sentir. C
dose peut être fixée à la pr
kg. ; les différences ont été
cas où la pression très bas
opératoires a remonté grad
premières injections. Chez
un peu différemment à cau
permettent pas d'apprécier
la quantité moyenne est de
tions ont été pratiquées pa
où la pression était très ba
que de 0,0149, la substance
torrent circulatoire comme
artérielle, et arrivant plus

Lorsqu'on reste au-desso
comme la plupart des aute
augmentation de pression
ter. Cependant il faut, d'a
riences, tenir compte, co
initial de la pression, puis d
à chaque injection ; on co
agissent beaucoup moins

En ce qui concerne le no
trouvons quelques différen
cependant Aubert, Reicher
résultats que Bock et moi,
clusions plus précises. Dan
mammifères, Bock observe
d'une manière constante,
nette, tandis que, en opéra

en général avec de fortes doses, un ralentissement suivi d'une augmentation de fréquence des pulsations. De plus si on coupe les vagues soit au début, soit au milieu de l'expérience, la fréquence augmente toujours à la suite de l'injection de caféine. La conclusion que Bock tire de ces faits est que, en l'absence de toute connexion avec le système nerveux central, la caféine exerce toujours une influence accélératrice par son action sur les ganglions intra-cardiaques et que chez l'animal normal, elle ralentit le cœur au début. Ce fait résulterait d'une excitation du centre du vague, ce que prouve l'influence de la section de ce nerf.

Sans vouloir donner trop d'importance aux chiffres, j'ai cherché au cours de mes expériences à déterminer quelle est la dose maximale au-dessous de laquelle on constate le ralentissement; chez les animaux non-anesthésiés elle est d'environ 0,036 par kg., chez les autres, elle est de 0,056. Cette différence me paraît devoir s'expliquer par le fait que la narcose à l'éther ou au chloroforme, tout en accélérant au début les pulsations, diminue l'excitabilité générale et facilite ainsi l'influence du vague. Du reste, si l'on veut se rendre compte de l'action de la caféine en pareil cas, on doit distinguer trois périodes : la première, assez courte, est celle du ralentissement, puis à mesure que la dose injectée augmente, on observe une accélération prononcée ; enfin, sous l'influence de la fatigue du cœur, les pulsations deviennent très petites, leur amplitude diminue tellement qu'elles s'inscrivent à peine ou pas du tout. A ce moment, on constate aussi un trouble intense du rythme cardiaque, caractérisé par la présence de syncopes, faux-pas, rythme couplé ou tricouplé ; c'est l'asystolie terminale. Si l'on fait alors la section de la carotide pour terminer l'expérience, le vaisseau ouvert donne fort peu de sang par suite de la contraction progressive du cœur.

Comme je l'ai dit plus haut, les expériences de Bock sur des animaux normaux, démontrent l'influence du vague sur la production du ralentissement observé en première période. Les injections étaient pratiquées par la voie veineuse et il paraît ressortir du mémoire de cet auteur que les animaux étaient endormis (uréthane).

Dans mes expériences sur les lapins anesthésiés, j'ai constaté que si l'on fait la section des vagues alors que le ralentissement s'est déjà produit, l'introduction d'une nouvelle dose amène

l'accélera
même en
accélère
qué. Che
étant pr
accélérati
lable a à

Au pre
qu'il con
dans sa C
par Bock
rieures.
anesthési
jugulaire,
de petites
le cœur.
même rés
aux injec
s'est étab
accélérat
Il y a don
fluence d
ralentisse
des varia
degré de
ou moins
les secou
capables
semble-t-
indicatio

Du res
thèse, on
précoce s
des pulsa
ralentisse
avoir att
opération
l'accélér
resté au-
lération,

Nous a

une action marquée sur le nombre des battemen
au début, avec une dose variable suivant cer
tances, elle ralentit les pulsations, mais cette in
durable ; très vite, l'accélération se produit, e
période, nous assistons à une véritable asystolie
phénomène si bien décrit par Pouchet et que to
riences confirment, à savoir cette rigidité pro
musculature cardiaque ; l'organe central ne peut
suffisamment pour admettre une quantité de san
cet état se traduit par une diminution considéral
tude des pulsations.

Si nous comparons ces résultats avec ceux obt
d'injections de théobromine et d'agurine, nous
ces derniers corps, on n'observe guère de périod
ment ; très vite le nombre des pulsations s'accél
tion variable du reste, puis reste à peu près s
ceci, qu'il s'agisse d'animaux anesthésiés com
dans les expériences avec la théobromine ou
anesthésiés et soumis à l'action de l'agurine.

L'influence du chloral ou de ses dérivés comm
introduits par la voie artérielle avant toute inject
tance appartenant au groupe de la xanthine, m
ticularité intéressante. Avec l'agurine ou la th
dehors de l'influence sur la pression, les injectio
de ces deux corps donnent lieu à un ralentisseme
avec la caféine, on observe dès le début une ac
prononcée, mais indubitable. Ce fait vient à l'app
précédemment émise, que la diméthyl-xanthine
ont une action moins puissante sur les ganglion
ques que la caféine. L'action vaso-constrictrice,
reste, de la caféine, ne suffit pas à provoquer le r
car après la section préalable de la moelle ce
dire la paralysie des centres vaso-moteurs, nous v
tissement se produire d'une façon très nette. Je n
sement pu, dans deux expériences, prolonger s
série des injections, de manière à atteindre et m
la dose minima qui accélère, mais, en ce qui co
mière partie de l'expérience, le résultat est certa

J'aurai à revenir sur cette question à propo
remarques applicables à la clinique.

Pouchet, dans ses expériences, a insisté sur

fications du rythme respirat
mographe de P. Bert. Il s'ag
dans l'amplitude des mouve
fait place à un état dyspnéiq
nomènes ont une influence c
favorisant tantôt son élévati
eu l'occasion de constater le
intensité, tout au moins d'un
dans mes expériences et surt
sur l'animal non anesthésié,
facilite la respiration. Avec l
respiratoires diminuer de fré
qu'ils deviennent plus amp
diminuer de nouveau vers la

En ce qui concerne la thé
précises sur ce point. Le fait
l'action exercée par les comp
nerveux, et nous avons pu vo
caféine a une influence prépo

D. —

Ma note du *Bulletin de th*
médicale de Genève, indiq
l'action de cette substance n
par la puissance de son influ
certainement pas contester l
chet, à savoir qu'il est impos
les résultats expérimentaux
théocine ; telle qu'elle est,
trop absolue et je voudrais ir

La proportion de théocine
d'animal comme exerçant un
sion, est extrêmement variab

Notons tout d'abord que
des lapins non anesthésiés,
voie artérielle des doses vari
ces conditions, nous voyons
duire une modification app
résultats plus nets sont obte
tiquant les injections à int

ı dose de 0,036 par kg. est alors tolérée sans que
ıit influencee. En revanche, si l'excitabilité mus-
ès prononcée, la courbe subit des modifications
elle se maintient élevée plus longtemps, malgré
ıne quantité atteignant jusqu'à 0,06 et 0,07 par
ıce du chloral, qui diminue beaucoup la produc-
ıses et de l'hypertonicité musculaires, est assez
en ce sens que l'animal supporte une dose de
ırieure à celle qui produit en général la dépres-
ant avec une anesthésie profonde (0,18-0,20 par
trouvons qu'en moyenne une dose de 0,035 par kg.
ɜxercer une influence déprimante.
acteur intervient à cet égard d'une manière très
l'accélération des pulsations ; nous avons déjà vu
avec les corps précédents. L'injection de théocine
ıs rapidement le nombre des pulsations ; entre le
ı à l'état normal et celui observé après la première
ı injection, on constate un écart variant de 20 à
. Jamais il n'y a de ralentissement comme avec la
ıns la suite de l'expérience, on constate souvent
ısations par minute ; en pareille circonstance, quel-
sont inévitables. Cette augmentation continue un
ı, puis l'amplitude diminue beaucoup, la numéra-
us en plus difficile et on observe en même temps
mme avec les autres substances précédentes.
ıimaux chloralisés, l'accélération est en général
ıcée et surtout moins rapide.
ı première communication sur la théocine, j'avais
ıté sur l'apparition précoce des secousses et des
musculaires et sur leur intensité. Par des expé-
ntrôle, faites après la publication du travail de
pu m'assurer qu'entre la caféine et la théocine, il
différence bien essentielle sur ce point particulier.
vons pas mesurer l'intensité du phénomène et
its à l'apprécier par la vue. Etant donné que les
ıique de même espèce, sont souvent plus ou moins
est difficile d'arriver à une appréciation exacte.
'influence sur le système nerveux central est indé-

› les secousses musculaires sont plus ou moins
r'abaisse graduellement. Le cœur perd son
t du sang, à chaque pulsation, devient tou-
début, on observe un ralentissement des bat-
, dû à l'excitation du vague ; au cours de
énomène présente des modifications dépen-
animal, de son excitabilité plus ou moins
l'introduction de la caféine dans le torrent
l'accélération devient définitive, les pulsa-
plus en plus d'amplitude ; l'action du cœur
e. L'excitation du système nerveux existe
grés divers ; elle s'accompagne de rigidité

ose égale, se rapproche beaucoup de la caféine
ur la pression sanguine et son action cardia-
ngue en ce que l'accélération des pulsations
ébut de l'expérience et devient de plus en
théocine paraît posséder une action excitante
le système nerveux.
ances doivent être considérées comme des
x ; la plus puissante est certainement la

OTOCOLES DES EXPÉRIENCES.

tenus avec la théobromine ayant été déjà
première note au *Bulletin de thérapeutique*,
et ne mentionnerai ici que les faits les plus

Agurine.

nbre 1902. Lapin 1465 gr. Solution d'agurine dans
50 : 20 cc.; chaque injection de 1 cc. contient donc

		Pression moyenne	Nombre des pulsations par minute	
nte injection		73mm	204	
1re	»	75	220	
2e	»	86	240	leur amplitude diminue
5e	»	86	252	
7e	»	80	252	
0e	»	76	240	difficiles à compter
4e	»	67	250	presque incomptables

› 0,35 soit par kilog 0,245.

Exp. II. — 9 ja
chaque injection d
opératoires, l'intro
5 h. 10. Avant
» 14. Après
» 21. »
» 23. »
» 25. »
» 28. »
Dose totale 0,30

Dans cette ex
fait rapidement
cœur, sans s'ét
générale, produ

Exp. III. — 17
30 cc.; chaque inj
6 h. 10. Avant
» 18. Après
» 26. »
» 36. »
Dose totale 0,23

On remarque
rapide et consid
On peut noter c
à l'autre, comm

Exp. IV. — 19
précédemment.
4 h. 55. Avant
5 h. 10. Après
» 26. »
Dose totale 0,26

Exp. V. — 2 m
de chlorhydrate de
1 cc. contient 0.00
4 h. 50. Avant
5 h. 20. Après
soit
» 30. Après
» 45. »
Dose totale 0,10

re 1903. Lapin 1760 gr. non anesthésié. Solution

ute injection	81mm	240	
5e »			
,025 caféine	94	215	
12e injection			
,060	110	204	influence des secousses sur l'élévation de la pression.
17e injection	99	262	visibles à la loupe.

oit p. k. 0,076.

ovembre 1903. Lapin 1640 gr. non anesthésié. 1 cc. contient 0,012 de caféine.

ute injection	99mm	193	
4e »			
,048	105	180	
7e »			
,084	84	229	
8e »	82	327	visibles à la loupe et inégales.

oit p. k. 0,058.

section des vagues chez les animaux anesthésiés.

novembre 1899. Lapin 1700 gr. éthérisé. 1 cc. de contient 0,005.

ute injection	87mm	223
4e »	84	203
es vagues.		
6e injection	92	224

oit p. k. 0,032.

embre 1899. Lapin 1700 gr. Ether. Même titre de

ute injection	105mm	216
4e »		
020	105	215
les vagues.		
7e injection	120	228

oit p. k. 0,942.

ore 1899. Lapin 1870. Ether. Même titre de la solution.

ute injection	134mm	204
5e »		
25	140	177
les vagues.		
7e injection	139	204

oit p. k. 0,032.

Influence de la section des vagues chez les animaux injectés par voie veineuse.

Exp. XVI. — 4 février 1904. Lapin 1470 gr. Titre de la solution comme ci-dessus. Injection par la veine jugulaire droite.

4 h. 10.	Etat normal	94mm	216
» 26.	Section des vagues.		
» 29.	Après la 1re injection	91	240
» 39.	» 4e »	91	252
» 54.	» 8e »	97	252

Dose totale 0,12, soit p. k. 0,081.

Il va sans dire qu'après la section des vagues, l'animal est laissé en repos un temps suffisamment long pour que l'effet de cette opération se dissipe.

Exp. XVII. — 13 février 1904. Lapin 1875 gr. Titre de la solution comme ci-dessus. Injections par la voie crurale, variant de 1/2 à 1 cc.

5 h. 20.	Etat normal	97mm	240
» 40.	Après la 3e injection soit 0,02 caféine	100	228
» 40.	Section des vagues.		
6 h. 02.	Après la 7e injection	81	240

Dose totale 0,04, soit 0,021 p. k.

Exp. XVIII. — 17 février 1904. Lapin 1875 gr. Mêmes solution et procédé opératoire. La dose injectée chaque fois est de 1/4 à 1/2 cc.

4 h. 50.	Etat normal	109mm	250
5 h. 11.	Après la 4e injection soit 0,0125	112	228
» 36.	Section des vagues.		
» 43.	Après la 5e injection	117	204
» 56.	» 10e »	116	270

Dose totale 9,0325, soit 0,0173 p. k.

Exp. XIX. — 26 février 1904. Lapin 1500 gr. Atropinisation préalable. Mêmes solution et procédé opératoire. Dose 1/2 cc.

3 h. 57.	Etat normal	97mm	240
4 h. 14.	Atropine 0,01.		
» 21.	Après la 2e injection soit 0,01 caféine	99	264
» 32.	Après la 5e injection	104	264

Dose totale 0,025, soit p. k. 0,017.

Exp. XX. — 23 février 1903. L
dans l'eau sodée au 1/100 (carbonate c
0,01 par cc.

4 h. 40. Avant toute injection 11
» 45. Après la 2e injection 11
» 55. » 4e » 10
5 h. 03. » 6e » 10
» 11. » 8e » 10

Dose totale 0,08, soit 0,048 p. k.

Secousses très fréquentes à partir
de la pression et des pulsations devie

Exp. XXI. — 3 Mars 1903. Lapin

4 h. 20. Avant toute injection 9
» 45. Après la 2e » 8
5 h. 08. » 5e » 8

Dose totale 0,05, soit 0,036 p. k.

Administration de la théocine à in
prevenir les secousses et permettre d

Exp. XXII. — 8 avril 1903. Lap
tian. Injection de 2 cc. chaque.

3 h. 59. Avant toute injection 9
4 h. 12. Après la 2e » 9
» 26. » 4e » 9
» 44. » 6e » 9

Dose totale 0,14, soit 0,085 p. k.

Animal très excitable, secousses
bigeminé vers la fin de l'expérience.

Exp. XXIII. — 22 avril 1903. L
que ci-dessus.

4 h. — Avant toute injection 10
» 21. Après la 3e » 10
» 43. » 6e » 8
5 h. — » 10e » 4

Dose totale 0.20, soit p. k. 0,11.

Secousses fortes, mais plus tardive
injection.

Exp XXIV. — 5 avril 1903. Lap

4 h. — Avant toute injection 10
» 14. Après la 2e » 10
» 30. » 3e » 9

4 h. 39.	Après la 7e injection	83mm	336
» 47.	» 9e »	86	325
» 59.	» 10e »	85	336

Dose totale 0,22, soit p. k. 0,135.

Secousses peu nombreuses, apparaissant après la 5e injection. Pouls rapidement accéléré dès la 2e injection.

Exp. XXV. — 1er mai 1903. Lapin 2485 gr. Injection progressive de chloral, dose totale 0,30, soit p. k. 0,12. Solution de théocine au 1/100; injection variant de 2 à 4 cc.

4 h. 20.	Avant toute injection	103mm	192
» 30.	Après le chloral	85	240
» 40.	Après la 3e injection	101	288
» 45.	» 5e »	94	288
» 54.	» 8e »	92	300
5 h. 12.	» 12e »	96	300
» 22.	» 15e »	91	278

Dose totale 0,40 soit p. k. 0,161.

Secousses beaucoup moins fortes, influencent moins la pression.

Partie clinique.

Cette étude n'offrirait qu'un médiocre intérêt, si nous ne pouvions en tirer quelques conclusions pratiques en comparant les résultats de l'expérience avec ce que nous connaissons de l'action de ces substances chez l'homme.

Nous savons que, à l'exception de la caféine, elles sont exclusivement employées pour provoquer la diurèse; grâce à leur action spéciale sur le rein, elles sont à même de rendre de grands services.

La *théobromine,* sous ce rapport, est de premier ordre. Elle est, somme toute, peu excitante pour le système nerveux; on a bien cité quelques cas où elle a provoqué de la céphalalgie, mais c'est tout. Elle n'agit sur le cœur qu'à forte dose, c'est-à-dire dans des proportions qui, toutes choses égales d'ailleurs, dépassent de beaucoup celles qui sont employées en clinique, et à ma connaissance du moins, on n'a rapporté aucun cas nettement défavorable. C'est un bon et utile médicament qui trouve son application dans les grands œdèmes d'origine cardio-rénale ou cardio-hépatique. Evidemment, dans les cas où le foie est sclérosé, l'action de la théobromine est peu efficace, mais à cet égard, les autres médicaments ne valent guère mieux. On connaît aussi son influence si grande dans les cas

nombreux décrits par Huchard et ses élèv
dyspnée toxi-alimentaire, où elle contribu
approprié, à faire cesser les accidents p
inquiétants.

Les tentatives pour substituer à la théobr
solubles n'ont guère réussi, sauf pour l'ag
n'est certes pas sans inconvénients, puis
l'acide salicylique. Il ne nous semble d'ail
dans ces cas, d'introduire un corps solu
compter sur une action progressive qui ne l
peut ainsi parler, la fonction qu'il s'agit de
forcer. Les expériences de Solacolu montre
hydrique, en proportion équivalente à celle
précipite lentement l'agurine. Il se form
sodium et de la théobromine, mais dans un
hydrique, la théobromine devient soluble.

Les auteurs qui ont publié des observat
par l'*agurine* ne sont pas nombreux et, à
médicament paraît être tombé dans l'oub
l'emploi de la théobromine ont été fort
l'importante thèse de Bergougnan, qui a
recherches sur le mode d'élimination de
n'en retrouve dans l'urine qu'une portio
forme de composés xanthiques. Il est probal
rejetée par l'intestin, ou subit une trar
inconnue.

En ce qui concerne la *caféine*, la grande
nions sur son action physiologique n'a poin
ciens de l'employer dans tous les états de d
lente ou brusque, ou aussi à titre de diu
voulu la placer sur le même pied que la dig
ble pas exact de la considérer comme t
actuelle nous devons avouer que nous ne
médicament capable de supplanter la digi
ment des cardiopathies. Au reste, ceux qui
déjà longtemps la caféine, comme Huchar
ployaient surtout contre les accidents grav
infectieuse. On n'a pas craint, dès le d
nécessité de fortes doses ; 1 gr. à 1,50 par j
tions sous-cutanées, auraient produit d'exce
qué de véritables résurrections. Il n'est pas

la légitimité de ces faits ; il faut d'abord convenir que la cause du collapsus dans les maladies infectieuses est discutable. Le collapsus est-il dû réellement à une altération du myocarde, à un affaiblissement des vaso-moteurs ou à d'autres influences nerveuses? Romberg et Fässler, et ce dernier avec Rolly, ont fait des séries d'expériences surtout avec la toxine du pneumococcus et celle du Löffler. Ils arrivent à cette conclusion que la première intéresse directement et exclusivement le centre vaso-moteur, tandis que la seconde a en outre une action sur le muscle cardiaque.

Il n'est pas sans importance de discuter cette question en tenant compte des résultats de l'expérience comparés à ceux de la clinique.

Nous voyons que la caféine influence certainement le muscle cardiaque; si nous nous en rapportons aux expériences de Bock sur le cœur isolé, nous constatons dès le début une diminution de pression, tandis qu'en opérant sur l'animal normal, les petites doses donnent lieu à une augmentation de pression et cela par excitation du centre vaso-moteur. Mes expériences confirment celles des autres auteurs et prouvent que, soit à cause de la vaso-constriction, soit par suite de l'influence directe sur le muscle cardiaque, le même phénomène se produit chez les animaux dont on a sectionné la moelle cervicale, la pression augmente nettement lorsqu'on ne dépasse pas certaines doses. Il me paraît donc que l'action toni-cardiaque n'est pas négligeable.

Mais nous savons aussi que la caféine a pour résultat final une rigidité du muscle qui n'est certes pas sans inconvénients ; cette perte d'élasticité, cette difficulté qu'éprouve le cœur à laisser pénétrer le sang en quantité suffisante, rend le volume du pouls moins considérable et diminue l'importance de la circulation. C'est un fait qui a été relevé et très nettement démontré par Pouchet dans sa récente communication; on voit les pulsations cardiaques diminuer progressivement de hauteur et finalement ne plus s'inscrire que sous forme d'oscillations à peine visibles même à la loupe. Si on injecte à cette période des substances du groupe de la digitaline, on voit le volume du pouls augmenter et la pression se relever.

En tenant compte de ces faits, on comprend parfaitement que, selon les circonstances, l'emploi de la caféine, surtout à haute dose, n'est pas utile, peut même être nuisible. Suivant

que le myocarde est en p
ou non, l'action de la ca
tation de son énergie n
nution.

Si l'on ajoute en outre
dérée comme un agent
qu'il n'est pas toujour
cœur déjà fatigué, de pr
nerveux central ou intr
fera qu'augmenter cette
praticien de se remémor
cette observation; coml
ou vieillis avant le temp
pour une raison quelcon
prescrite à forte dose sel
Le cœur, d'abord sure
assistons, dès lors imp
traire, chez des individ
rapidité d'action, rend a
au système nerveux l'i
qu'elle facilite la diurès
différentes dans les deux
mier à un myocarde dég
un peu considérable, qui
dans le second, le sujet
sa puissance fonctionnell

Ces idées ne me soin
daient si bien à ma cor
recherches, j'avais dep
caféine à donner à mes
dernièrement montré l'
manière générale, leur
petites doses de 0,25 à
les enfants, au cours de
place à l'huile camphrée
diaque est altérée, la ca
désastres. On ne saur
étendue de ces deux obs
dence.

L'expérimentation no
rapidement le cœur, la p

surtout l'accélération des pulsations et les secousses musculaires sont considérables. Dans son rapport déjà cité, Pouchet a en outre attiré l'attention des observateurs sur le tétanos respiratoire qui ne tarde pas à se produire ; il n'estime pas du reste qu'il y ait sur ce point particulier des différences bien marquées entre la théocine et la caféine; il faudrait des procédés d'expérimentation plus délicats pour les apprécier.

Il a été publié un certain nombre de travaux d'ordre clinique sur l'emploi et les résultats de cette médication.

Minkowski, en s'appuyant sur les travaux de Dreser, qui estime que la théocine a l'avantage non seulement d'accroître l'eau de l'urine, mais encore d'augmenter l'élimination des sels qui y sont contenus, l'a administrée à un certain nombre de malades. C'étaient en général des cardiaques avec œdèmes, des brightiques plus ou moins hydropiques et un malade atteint d'ascite consécutive à une cirrhose cardiaque. Il constate que les mictions sont plus abondantes et plus rapides qu'avec la théobromine, mais cette action est très peu persistante et devient de plus en plus faible à mesure qu'on administre de nouvelles doses. Il observe aussi ce que beaucoup d'autres mentionnent après lui, c'est la présence de vomissements souvent très rebelles, 2 cas sur 14 ; il n'a constaté que rarement une excitation anormale du système nerveux. Au point de vue des reins, il n'y aurait pas d'action irritante ; chez des albuminuriques, la proportion d'albumine diminue d'une façon correspondante à l'augmentation de la diurèse. Le cœur n'est pas influencé.

Thienger arrive à peu près aux mêmes conclusions (17 cas traités) ; le meilleur résultat est obtenu dans les phénomènes de stase d'origine cardiaque ou rénale, pourvu que les organes ne soient pas trop insuffisants ; il a noté quelquefois de l'excitation psychique et de la céphalalgie.

Schmitt, de Nancy, dans ses expériences, reconnaît que la théocine a une action convulsivante sur le système nerveux et amène de la contraction musculaire comme la caféine, mais n'a pas les propriétés toni-cardiaques de cette dernière. Comparée à la théobromine, ses effets sont plus rapides, mais elle n'a pas l'innocuité de cette dernière. Et le même auteur, essayant de tirer quelques conclusions pratiques de ses expériences, pense que la théocine doit entraîner facilement des troubles digestifs, déterminer des accidents nerveux surtout chez les prédisposés,

provoquer, par un usage trop prolongé,
lium rénal.

Garnier, chez des malades atteints
lésions cardiaques et rénales, n'a retiré
de l'emploi de la théocine.

Dans une première note, Meinertz
substance donne de bons résultats au
pense que son action peut être augm
avec la digitale.

Alkan et Arnheim ont vu se produire
sements ; l'action rapide de la théocin
reproduit difficilement, n'est en gené
faire disparaître les grands œdèmes. C
naissent aucune influence directe sur
sanguine ; l'albuminurie augmente ap
préférable de s'en abstenir dans le cou
Les fortes doses sont inutiles.

Suter a étudié la théocine sur un n
prof. Julliard et rapporte en outre de
nique du prof. Bard, à Genève ; l'effet
mais peu durable ; on a observé quelq
la céphalalgie. L'auteur conseille de ne
ploi, mais de le reprendre au bout de
combiné avec d'autres médicaments ca

Hundt mentionne entre autres o
néphrite aiguë où la théocine a eu des
rapporte surtout le fait d'une jeune fi
senté des accès épileptiformes après
théocine, il est vrai au cours d'une né
dose quotidienne était de 0,30 en trois
dents se reproduisirent plusieurs jours
0,20. L'auteur insiste sur l'effet purg
ainsi que sur la présence des vomissem

Allard a rapporté deux cas de mort
tration de la théocine et à la suite de co
il s'agissait d'hommes de 52 et 59 ans, p
d'une stase circulatoire, œdèmes, asci
a pris 0,30 à deux reprises différentes (
la diurèse a été médiocre, la mort est s
la dernière prise du médicament. Pour
été une fois 0,60, une fois 0,90 à tro

résultat a été assez bon, les œdèmes ont disparu très vite; la nuit suivante éclatent les accès convulsifs. L'autopsie, faite dans les deux cas, a révélé, outre des lésions de sclérose cardiaques, dans l'un d'eux de l'œdème cérébral, de la néphrite partielle. Mais ce qui est particulièrement intéressant, c'est la présence de petites, mais nombreuses hémorragies de la muqueuse gastrique. Allard mentionne deux cas de Schlesinger où des convulsions générales ont été observées, mais sans suites fatales; la cessation du médicament a eu raison de ces accidents. Allard a fait un certain nombre d'expériences sur des chiens et des lapins, en introduisant la théocine soit dans l'estomac, soit par voie sous-cutanée; les animaux sont morts avec des phénomènes convulsifs, et il a pu constater chez tous la présence de ces hémorragies gastriques, ainsi que la tuméfaction trouble de plusieurs organes : cœur et reins (canalicules urinaires). Il est à noter que les doses indiquées par kilogramme d'animal comme ayant amené la mort, sont très élevées.

Enfin je mentionne le très intéressant mémoire de Meinertz, qui a étudié la combinaison de la théocine et de l'acétate de soude au point de vue surtout de l'élimination des substances salines. Il attire l'attention sur le fait que ce médicament, non seulement détermine une forte diurèse, mais encore provoque l'élimination d'une grande quantité de chlorure de sodium. Cependant il me paraît ressortir de l'examen de ses chiffres que, chez l'individu normal, cette élimination n'est pas bien considérable, mais que, si l'on s'adresse à des individus œdématiés, la proportion augmente rapidement. L'auteur admet une action spécifique de la théocine sur le chlorure de sodium, car les autres parties solides de l'urine ne présentent que de faibles modifications. Etant donné les théories actuelles sur la rétention des chlorures comme cause de l'œdème, cette action ne serait pas sans importance. Meinertz admet que le nouveau produit ne donne pas lieu aussi souvent que la théocine pure à des effets fâcheux.

En présence d'un nouveau médicament de la série xanthique qui, par certains côtés, paraissait devoir donner des résultats brillants et être destiné à supplanter la théobromine, j'ai cru devoir donner connaissance de ces différents travaux; comme on peut s'en rendre compte, les auteurs reconnaissent en général à la théocine une action puissante, mais peu durable; les inconvénients résultant de son emploi sont assez marqués. L'expérience

clinique ne nous per
effets assez sûrs pou
théobromine déjà ép
qui n'a certainemei
l'administrer penda
menace d'intoléranc

En résumé et clin
que la théobromine
ayons actuellement
elle n'agit pas sur le
n'excite pas le systè

Quant à la caféin
tout quand il s'agit
aussi un bon agent
doses ou des doses n

Je n'indique ici que l
des mémoires concerna

Bergougnian. Traite
Paris, 1902, n° 322. (Ir
sur ce médicament.)

S. Levenson. Etude
1898.

Thomas. Action de la
thérapeut., 1899, p. 49

Impens. Sur un nouve
Destrée. Idem. *Bull*
Holle. Klinische Beo
Michaelis. Idem. *De*
De Back. Diuretic
New-York, 1902, p. 348
Cerwinka. Ueber A
Analys, in *Centr. Bl. f*
Solacolu. Etude clin
Ach. Ueber die diure
ment. Pathol. und Pha

Pouchet. Leçons de
Aubert. Ueber die W
p. 589.

COHNSTEIN. Einfluss des Coffeïns, etc., über arteriellen Druck. *Thèse de Berlin*, 1892.

BOCK. Idem. *Archiv f. experiment. Pathol. und Pharmakol.*, vol. 42-43.

POUCHET et CHEVALIER. Note sur la caféine et la théophylline. *Bull. de thérapeutique*, 1903, 2e sem., p. 615.

HUCHARD et FIESSINGER. Les injections de caféine. *Journal des praticiens*, 1903, p. 691.

Théocine.

MINKOWSKI. Ueber Theocin als Diureticum *therapie des Gegenwart*, 1902, p. 490.

POUCHET et CHEVALIER, *loc. cit.*

THOMAS. Etude sur la théocine. *Bull. de thérap.*, 1903, 1re sem., p. 890.

SCHMITT. Idem. *Ibid.*, 1903, 2e sem., p. 218, et *Rev. méd. de l'Est*, 1903, p. 417.

MEINERTZ. Ueber die diuret. Wirk. des Theocins. *Therap. Monatshefte*, février 1903.

GARNIER. *Rev. méd. de l'Est*, 1903, p. 562.

THIENGER. Theocin als Diureticum. *Münch. med. Wochenschr.* 1903, p. 1295.

ALKAN et ARNHEIM. Erfahrungen über Theocin. *Therap. Monatshefte*, janv. 1904.

HUNDT. Beitræge zur diuret. Wirk. des Theocin. *Ibid*, 1904, p. 190.

SUTER. Theocin als Diureticum. *Corresp. Bl. für Schweizer Aerzte*, 1er avril 1904.

ALLARD. Ueber Theocin-Vergiftung. *Deutsch. Arch. f. klin. Med.* vol. 80, p. 510,

IMPENS. Sur la 3-monomethylxanthène. *Archives de Pharmacodynamie*, vol. X, p. 463.

ROMBERG et FÆSSLER. *Deutsches Archiv f. klin. Med.*, vol. 64, p. 668 et 715.

FÆSSLER et ROLLY. Untersuch, über Kreislaufstörungen bei akuten Infectionskranskheiten. *Ibid.*, vol, 77, p. 96 et *Münch med. Wochenschr.*, 21 oct. 1902.

Tétanos traumatique et sérothérapie préventive.

Communication à la *Société médicale de la Suisse romande*, le 3 novembre 1904

Par le Dr Charles KRAFFT.

> « Attendre l'éclosion du tétanos chez un suspect est une faute : agir contre une suspicion de tétanos devient une règle. »
>
> LANDOUZY.

Le tétanos est encore aujourd'hui la complication la plus redoutée des plaies ; alors que la gangrène des hôpitaux est inconnue des jeunes générations médicales, maintenant que la

diphtérie du col ut
tétanos reste d'actu

En outre, les plai
grâce à la bicyclette
tan paraissait rése
devient à la portée

Toute contributio
tement de cette te
d'intérêt général et
tous.

Le bacille à tête
considéré aujourd'h
les toxines, ptomaïn
et spasmodines qu'il
causes des convulsio
de la race ou la fa
tout au plus un sec
admet qu'avec l'al
du bacille ou en faci

Le fait que le m
facilement pourquoi
déchiquetées sont
franches ou les incis
irrégulières, on ren
nes, le *micrococcus*
peut-être tuent les
complices de l'infec

Ce qui est encore
du bacille du tétano
septiques ordinaires
et peuvent vivre plu
au 1 °/₁₀; leur prése
désinfection faite se
guée et avec le pans

Le cas cité par n

[1] Dans une lettre par
de fait, sous une autre
leuco- ou phagocytes, c
fracture compliquée, et
ou bactéricide n'empêc
et la résorption des to
sérum a fini de se prod

la séance de la *Société vaudoise de médecine* du 8 avril 1899, est à ce dernier point de vue fort démonstratif, et comme il n'a pas été publié, on nous permettra de le rappeler ici :

R. jeune homme sobre, robuste, 30 ans.

18 *mars* 1899. Chute de bicyclette, plaies multiples; le blessé se lave au bord de la route avec l'eau d'un ruisseau sortant d'un village et longeant les fumiers de la rue. Désinfection au lysol et pansement par le médecin trois heures après l'accident.

22 *mars*. On enlève les points de suture, le malade travaille, n'a pas de fièvre. Le soir du même jour, a de la peine à ouvrir la bouche.

23 *mars*. Tétanos déclaré, morphine. A 3 h. soir, narcose au chloroforme; avec M. Roux, de Lausanne, et M. Monastier, deux couronnes de trépan, en avant de la suture fronto-pariétale, à 0m,03 de la suture sagittale. Injection dans le lobe frontal gauche de 10 cc de sérum antitétanique de Berne, à 0m,04 de profondeur, poussée goutte à goutte pendant dix minutes; opération semblable à droite et injection de 5 cc., puis à la cuisse droite, injection sous-cutanée de 10 cc de sérum de Berne et 10 cc de sérum de Paris.

Pendant l'injection intra-cérébrale droite, léger mouvement dans le bras gauche, cyanose, le pouls devient petit, puis tout rentre dans l'ordre après quelques minutes d'angoisse.

24 *mars*. Plusieurs crises consulsives, la contracture des masseters a augmenté, vives douleurs. Morphine, 20 cc de sérum de Paris, sous la peau, transfusion. Pas de paralysie des extrémités, pas de troubles dans les fonctions oculaires.

Midi. Le malade ne peut plus avaler, lavement nutritif.

3 *h. soir*. Crachement de sang rouge, non spumeux.

6 *h*. Expectoration spumeuse, angoisse, œdème pulmonaire.

9 *h*. Mort trente heures après la trépanation, 48 heures après le début du tétanos.

M. Schrantz remarque à la suite de son observation « que le malade avait reçu 55 cc de sérum en 18 heures et que peut-être il aurait fallu en donner davantage, le sérum de Paris étant antitoxique et non bactéricide. Les plaies par chute de bicyclette paraissent spécialement graves, parce que la pénétration de la terre souillée est facilitée par la violence du choc. »

Cette observation vient, après bien d'autres, confirmer ce que nous disions tout à l'heure : *tant qu'une quinzaine n'est pas écoulée, une plaie routière, même guérie par première intention, peut encore se compliquer du mal des mâchoires.*

Cela donne à réfléchir, et les spores du tétanos peuvent se vanter de venir troubler la quiétude du chirurgien et sa confiance dans les méthodes antiseptiques ordinaires.

Puisque l'antisepsie, ı
vis-à-vis du tétanos, il ı
que sont apparus les sér

Le bacille du tétanos
qui empoisonne les cent
et la mort. Chercher à ı
but poursuivi par les la
lier, mais non encore at

Les instituts Pasteur
qui neutralisât la toxine
Paul Reclus[1] pouvait é
pas de substance qui ı
Mais bientôt après, l'I
sérum antitétanique déc
et Kitasato. Une nouvel
sérum devait guérir le
mettait à l'abri le ble
redoutée. Il ne s'agissa
d'un peu de prévoyance
bien propre et le malad

Le prospectus de l'In
jection sous-cutanée de
raire contre le tétanos;
à six semaines et peut ê
sives. » (Expériences de

Les injections préven
façon courante en deho
lesquelles elles doivent
nies ; une quantité de c
l'homme peut seule y re

Combien de temps, p
tion peut-elle encore êt

Combien de centimèt
à ce sujet on nous pe
blisse une unité de mes

[1] Traite de chirurgie, 1re

[2] « Notre serum (de Bern
terien et agglutine les bacil
préparés seulement avec les
— Voir aussi BRUCKNER,
inaugurale, Gruningen, 19

afin que les résultats soient facilement com-
différents pays.
en de fois faudra-t-il répéter l'injection pré-

chirurgie, à Paris[2], a ouvert en 1902 une
ur le traitement du tétanos, à la suite d'un
plet de M. Vallas, professeur agrégé à la
Il nous paraît utile de rappeler quelques-unes
ont été émises alors, sur l'utilité des injec-

réventif si on l'injecte à l'animal avant, en
out de suite après la toxine, surtout si l'injec-
u douze heures avant celle de la toxine. Ce
prouve l'utilité qu'il y a à faire, dans la
e, l'injection préventive immédiatement après

rs ont été d'accord pour déclarer que les
par la clinique humaine et animale sont de
r une conviction absolue sur l'utilité de la
ntive.
. insisté pour que l'injection soit faite le plus
le traumatisme douteux, qu'elle soit de 10 cc
quinze jours après. M. Vallas a fait (1902)
jections préventives, sans trouver la méthode

cas ont été cités par MM. Berger, Monod,
Reynier dans lesquels l'injection préventive
puissante. M. Vallas explique comme suit

ial, M. Tavel écrit dans une lettre adressée à M. de

ille tétanique peuvent rester à l'état latent pendant
bactéricide du sérum ne dure dans l'organisme qu'au-
t là, or il est éliminé suivant les organismes après
La multiplication commence donc dès que le sérum
ur le cas où le sérum est antitoxique et bactéricide
où le sérum est seulement antitoxique (Paris), la mul-
s et la production des toxines se fera malgré le sérum,
nt neutralisées aussi longtemps qu'il y aura du sérum

illes tétaniques ne restent pas longtemps vivants, si
art des plaies, on ne trouve déjà plus de bacilles, alors
tétanos se déclarent ; c'est pourquoi ordinairement
ur la prophylaxie de cette infection, mais il va sans
ou une seule injection doit être insuffisante. »
e Congrès français de chirurgie. Paris, Alcan, 1902.

ces insuccès : dans le cas de Rémy, le t
après l'injection, dans ceux de MM. !
jours après ; on peut admettre que dans
nité était épuisée, en outre le malade de
lique. Les détails manquent pour discut

M. Just Lucas-Championnière injecte
les sujets, tous ceux dont la plaie est
donner le tétanos. Depuis quatre années,
pas observé de tétanos dans son service
(1902).

M. Maunoury, de Chartres, rapport
malgré trois injections préventives de
l'Institut Pasteur, a expliqué cet insu
sérum employé n'aurait pas possédé u
suffisant! (6e cas d'insuccès des injectio

M. Barette, de Caen, conseille l'admi
de 10 cc pendant trois jours de suite,
suspecte de pouvoir tétanigène, le plus
moment où elle est produite et tant que
tétanos n'ont pas éclaté.

M. Bazy a toujours fait, de 1896-1902
tives dans les hôpitaux Ténon, Saint-L
pas eu de tétanos à déplorer. La sur
a ordre, dès qu'il arrive une plaie da
immédiatement une injection préventi
elle est obligée d'attendre quelques heu

M. Paul Reynier, de Paris, remarque
de l'Institut Pasteur, le sérum n'est pré
avant l'invasion de la maladie; il cite
dans lequel une injection de sérum, faite
l'accident, n'a pas empêché le tétanos d
après ; c'est le 7e cas publié où une inje
montrée impuissante.

M. Reboul, de Nîmes, déclare qu
laquelle il a commencé à employer sys
thérapie préventive dans tous les ca
observé un seul cas de tétanos chez l
traitement a été appliqué le plus rapi
l'accident.

M. Ed. Schwartz a fait de parti-pr
tout blessé entrant dans le service pou

terre, une injection de sérum antitétanique de 10 cc ; sur 230 blessés, aucun n'a eu le tétanos, tous ont guéri. M. Schwartz, à l'Hôpital Cochin (Paris), n'a eu à enregistrer depuis 1898 que deux cas de tétanos, chez deux sujets qui n'avaient pas reçu l'injection préventive.

M. Guinard, de Paris, pratique régulièrement, depuis 1893, les injections préventives dans tous les cas suspects. De 1893 à 1902, il n'a vu qu'un seul cas de tétanos dans son service ; il s'agissait d'un malade qui avait subi un écrasement du pied, fut pris de tétanos et succomba. Je croyais, dit M. Guinard, qu'il y avait là une véritable preuve de l'inutilité du traitement préventif, mais j'appris bientôt que ce malade n'avait pas reçu l'injection prescrite. La surveillante du service était « de sortie » ce jour-là, s'était remise sur sa suppléante du soin de faire l'injection ; bref le traitement n'avait pas été exécuté.

Toujours à propos des injections préventives, M. Schrantz nous écrit en date du 20 octobre 1904 : « depuis que nous employons le sérum antitétanique à titre préventif dans les plaies suspectes, soit à l'infirmerie de Nyon, soit dans la clientèle privée, nous n'avons pas observé de cas de tétanos traumatique, ni mes collègues de Nyon, ni moi. Nous n'avons observé aucun accident — ou incident — attribuable au sérum »

M. Roux, de Lausanne, a bien voulu nous donner le résultat de sa précieuse expérience par lettre du 6 octobre 1904 : « Je fais, dit-il, des injections à tous les traumatismes suspects (fractures compliquées, écorchures, etc., surtout quand le terreau, la rue sont en jeu) ; je n'ai pas vu de tétanos après une injection nettement préventive. M. Roux ajoute en note : « Le prix du sérum m'a jusqu'ici empêché de généraliser son emploi préventif à mes propres traumatismes, c'est-à-dire *ante operationem.* »

A part les sept exceptions citées plus haut (cas de MM. Berger, Monod, Reclus, Rémy, Reynier, Maunoury, Peyrot), nous voyons que tous les chirurgiens sont d'accord pour accorder une très grande valeur, une valeur presque absolue aux injections préventives.

Nous allons maintenant apporter nos observations personnelles, au nombre de six, avec cinq résultats négatifs, c'est-à-dire dans lesquels, après une injection préventive, le tétanos ne s'est pas déclaré, et un résultat positif avec tétanos mortel se déclarant plusieurs jours après une injection préventive. Il est

clair que les résultats positifs ont une utilité bien plus grande pour la discussion de l'action de la sérothérapie préventive que les cas de guérison dans lesquels personne ne pourrait affirmer que le tétanos se serait déclaré si l'injection préventive n'avait pas été faite.

L'injection préventive n'a chez ces malades présenté aucun inconvénient quelconque, ni provoqué de réaction locale ou de trouble général.

Obs. I. — R. L., valet de chambre, 29 ans.

Vers le 20 octobre 1898, s'est coupé au pouce gauche et a pansé la blessure avec du cold-cream; aujourd'hui, 4 novembre, la plaie est de 2 cm., elle est située à la pulpe du doigt, n'est pas fermée et fait mal.

Depuis le 2 novembre, L a des sensations douloureuses dans le bras et depuis le 3 au soir, il a de la peine à fermer la mâchoire. Lui-même ne soigne pas de chevaux, mais il y a un manége à côté de la maison de ses maîtres et c'est lui qui nettoie les chaussures de toute la maisonnée.

3 *nov. soir*. Le malade a de la peine à mastiquer. Cautérisation de la plaie au Paquelin.

4 *nov*. Il entre à la Clinique de Beaulieu; douleurs dans les masseters; il a de la peine à ouvrir la bouche; sauf cela, aucun symptôme quelconque. Bain chaud et injection sous-cutanée de 15 cc de sérum antitétanique de Berne, quinze jours après l'accident.

4 *nov*. T. s. 37,4.

5 *nov*. T. m. 37,4, s. 36,5.

6 *nov*. T. m. 36,8, s. 37,3; le malade se sent mieux.

7 *nov*. Il est tout à fait bien.

11. *nov*. La plaie est fermée. Guérison.

S'est-il agi chez ce malade d'une action préventive ou d'une action thérapeutique? C'était en tout cas un tétanos à allure chronique, peu accentué et qu'une seule injection a empêché de se déclarer nettement... ou bien a guéri. Nous avons parlé de ce cas le 8 avril 1899 à la *Société vaudoise de médecine*.

Obs II. — E. C., garçon boucher, 30 ans.

Le 12 novembre 1902, en dépeçant un bœuf, se fait une plaie profonde à la cuisse gauche. Pas de soins immédiats.

14 *nov*. La plaie suppure et C. se décide à appeler le médecin. T. 38,8; P. 98. Badigeonnage de la plaie à la teinture d'iode.

15 *nov*. T. m. 38,2, s. 38,5. Nouveau badigeonnage de teinture d'iode; injection préventive de 10 cc de sérum antitétanique de Berne. le quatrième jour après l'accident.

18 *nov*. La fièvre tombe.

présenté de symptôme de tétanos; fin novembre

cette injection, par prudence, à cause des
tent toujours, au point de vue infection, les
les animaux de boucherie.

négociant, dans la cinquantaine; fait une chute
i 1903; contusions multiples à la hanche droite,

r, injection préventive de 20 cc de sérum antitéta-
onnage de la plaie à la teinture d'iode.
ations ont granulé régulièrement et sans complica-
urd'hui guérie.

menuisier, dans la quarantaine; le 14 juin 1904,
aie verticale profonde sur le dos du nez, os nasaux

imé, agrafes.
· après l'accident, injection préventive de 10 cc de
e Paris. Température maximale 37,9 le 18 juin.
lication par première intention.

boulanger de 24 ans.
soir, il est renversé par son cheval, tombe en
ie à l'occiput. Fracture de la base du crâne, œdème
dix jours, guérison.
me jour après l'accident, injection préventive de
e Paris, la plaie de l'occiput étant contuse et le
it sa chute sur la place d'un village, devant l'au-

trace de tétanos. Guérison.

, avec plaies suspectes, ont guéri, ils ont
éventive les 15e, 4e, 2e, 2e et 3e jour après
ures n'ont présenté aucune particularité;
ent que dans la clientèle particulière, on a
faire accepter ce traitement préventif, soit
oût, soit à cause de l'inquiétude provoquée
de l'intervention, soit aussi parce que les
ers accusés par le vulgus de tous les méfaits
n'ont pas réussi à prévenir ou à guérir.
ment aussi utile de familiariser le public
es plaies routières, et les laboratoires de
eut-être, comme cela se fait déjà à Genève,

fournir gratuitement pour les
nécessaires aux traitements po
en effet ont reçu 300, 400 gr
680 cc a été noté et Vallas relè
d'un nègre qui a reçu sans do
centimètres cubes de sérum. A
dépense est facile à calculer.

Nous voudrions pouvoir no
l'avons dit plus haut, le sérum
un sixième cas, dont voici l'his

Obs. VI. — Cocher de 31 ans.

Le 31 mai 1904, à 6 h. du soir,
échappé, il est renversé, traîné à c
ment la région située au-dessous du
s'écorche le poignet et le coude gau
pas.

1er *juin*. Il vient le matin à pied
est en cratère, avec perte de substa
pourtour en est sphacélé. Badigeon
l'onguent iodoformé.

3 *juin*. T. 36,4. P. 67. Pans
live de 10 cc de sérum antitétanique

6 *juin*. T. 36.8. P. 70. Pansem
excellent.

7 *juin*, au soir, 8 jours, soit 168
après l'injection préventive, premie
ressent un peu de raideur dans le
sort un instant « pour se déraidir »

8 *juin*, m, T. 36,4. P. 71 ; s. T.
sultation se faire panser; il a rema
ouvrir la bouche, ses masseters son
poitrine. En montant l'escalier de
est pris d'une crise très pénible de
de tétanos s'impose.

A 10 h. du matin, consultation
ral, nouveau badigeonnage à la tei
en injection sous-cutanée.

9 *juin*, m. T. 36,3. P. 80, s. T
plus avaler, opisthotonos, il parle
violentes douleurs dans le dos, con

11 *h. du matin*. Narcose à l'éth
contracture générale. Trépanation
droite, *lege artis*, de 10 cc de sé

réaction. Cautérisation au fer rouge des plaies du genou, du poignet et du coude gauche. Transfusion de liquide physiologique, 1000 grammes; irrigation intestinale gardée, d'un litre d'eau.

7 h. du soir. Les crises ont nettement diminué d'intensité après l'injection intra-cérébrale et pendant les six heures qui l'ont suivie; elles ont repris le soir. Quatrième injection sous-cutanée de 10 cc de sérum de Berne.

Pendant la soirée, le malade ne peut plus avaler, tout le corps est pris de secousses cloniques très pénibles.

La nuit du 9 au 10 juin a été meilleure que la précédente, le malade a pu desserrer les dents et boire un verre de limonade.

10 juin. Vers 4 h. du matin, les secousses ont recommencé, le malade est contracturé des pieds à la tête en opisthotonos, il n'avale rien et dans sa gorge des glaires s'amassent et l'étouffent.

A 11 h. du matin, deuxième injection intra-cérébrale, 10 cc de sérum de Berne: narcose à l'éther, sans complication, par M. Rogivue, trépanation à 25 mm. à gauche de la ligne médiane et à 3 cm. en avant de la suture fronto-pariétale. Pas d'incident. Transfusion de liquide physiologique, 1 litre; irrigation intestinale 1000 grammes, injection de morphine; 10 cc de sérum en injection sous-cutanée (sixième); badigeonnage de la plaie à la teinture d'iode.

Les injections, surtout les intra-cérébrales, ont eu un effet calmant accentué; depuis la première piqûre intra-cérébrale, plus de grande crise et les souffrances ont diminué.

10 h. soir. Injection de morphine, sans effet.

Minuit et demie (nuit du 10-11 juin), grande agitation; convulsions continuelles, seconde piqûre de morphine.

11 juin. A 4 1/2 du matin, les convulsions diminuent, le malade a des spasmes dans le larynx qui l'étouffent, il se cyanose, perd connaissance et meurt dans le coma à 5 h. du matin.

Notre blessé a eu en tout six piqûres, soit 60 cc de sérum (prix 70 fr.); une piqûre préventive le troisième jour, et deux injections intra-cérébrales; le tétanos a débuté le huitième jour, et le malade est mort le douzième jour.

Nous n'avons employé ni les injections d'acide phénique de Baccelli, ni l'opothérapie de Wassermann et Takaki.

Tout l'intérêt de cette dernière observation réside dans le fait que le blessé a reçu 10 cc de sérum antitétanique, préventivement, et que cette piqûre n'a ni empêché le tétanos de se déclarer, ni aidé aux injections intra-cérébrales à amener la guérison.

On reprochera certainement à notre injection préventive d'avoir été trop tardive; elle n'a été faite que le troisième jour,

, vrai, mais le malade avait dans son organisme de l'anti-
quatre jours et demi avant l'apparition des premiers
mes de tétanos[1].

tout certainement n'a pas encore été dit sur le tétanos
on traitement, et en particulier la question des injec-
éventives de sérum n'est pas résolue.

peut cependant conclure de notre observation qu'une
n de 10 cc de sérum, faite 64 heures (deux jours et
près l'accident, n'empêche pas le tétanos de se déclarer
ures (quatre jours et demi) après cette piqûre préventive.
heures (sept jours) après l'accident.

oolisme paraît prédisposer à l'éclosion du tétanos ; peut-
ez les buveurs faudrait-il répéter l'injection préventive
ième et le sixième jour ?

oux, de Lausanne, nous informe que tous malades atteints
nos qui se sont guéris dans son service, après injections
près l'apparition des crises, avaient été annoncés aux
ts comme devant se guérir sans piqûre. Tous ceux dont
tait prévu comme grave sont morts, malgré les piqûres.
s, fait très important pour juger de la rareté du tétanos
, valeur réelle du sérum, M. Roux n'a jamais vu de téta-
venir, après une plaie infectée, depuis l'entrée à l'Hô-
ous les blessés étaient déjà tétaniques en entrant dans
ce.

erminant, nous répétons qu'il serait utile que le public
rmé de la gravité des plaies routières, afin que les bles-
tendent pas un ou plusieurs jours pour se faire soigner ;
e les pharmaciens et les médecins doivent prendre leurs
ions pour pouvoir en tout temps et sur l'heure faire une
n de sérum antitétanique dans les cas suspects de souil-
anigène. Ceci en attendant mieux.

rmé de l'insuccès de notre injection préventive chez ce malade,
l de Berne écrit ceci :

ut que le tétanos peut éclater après une injection prophylactique
e rien contre la valeur prophylactique et curative du sérum, il
out au plus qu'on ne sait pas toujours employer le sérum et que
eur prophylactique n'est pas de longue durée !

, nos expériences sur les lapins, j'avais déjà remarqué que l'action
ctique était meilleure quand le sérum était injecté deux jours après
n que lorsqu'elle était faite en même temps. »

remarquons alors que notre injection, d'après M. Tavel, a été faite
nt le plus favorable pour obtenir un effet préventif !

Cacodylate et vanadate de soude.

Communication à la *Société médicale de la Suisse romande*, le 3 novembre 1904

Par A. Mayor
Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Genève

Il peut paraître bizarre de venir parler ici d'un médicament qui, tel que le cacodylate de soude, a acquis droit de cité dans l'arsenal thérapeutique. Deux considérations, toutefois, m'incitent à le comparer au vanadate de soude, duquel je voudrais dire combien injuste me semble être l'oubli dans lequel, après une brillante apparition sur la scène, il n'a pas tardé à tomber.

La première de ces considérations, c'est que cacodylate et vanadate ont été utilisés, et méritent de l'être, dans la lutte contre la tuberculose.

Lorsque l'on parle de lutte contre la tuberculose, il faut préciser pour s'entendre bien. A coup sûr, d'une façon générale, le traitement du tuberculeux demande à être hygiénique plus que médicamenteux. Et parce que j'en suis dès longtemps convaincu, l'étude des effets que nous pouvons attendre des conditions extrêmement favorables à la cure d'air réalisées en hiver, plus encore qu'en été, par nos climats de montagne, m'a, dès les premières années de ma pratique dans notre pays, semblé digne d'un intérêt passionné. Mais ceci veut-il dire que l'on ait un réel avantage à rejeter méthodiquement du traitement de la tuberculose l'emploi de tout médicament? C'est une question que l'on peut légitimement se poser. N'avons-nous donc à notre disposition aucune thérapeutique chimique capable de venir en aide à l'organisme dans sa lutte contre l'invasion bacillaire? Et si nous en possédons une, avons-nous le droit, au nom d'une formule commode et reposante, de priver de son aide nos malheureux phtisiques?

Or il me paraît que la clientèle d'une policlinique est particulièrement apte à nous renseigner sur l'activité possible des médicaments de ce genre. Le malade d'hôpital, lui, offre cet immense inconvénient, en tant que réactif thérapeutique, de répondre favorablement quel que soit le médicament au sujet duquel on l'interroge. Dans la plupart des cas, en effet, travaillant jusqu'à la veille de son hospitalisation, il se trouve

brusquement, par le fait même de cel
plet, et cela dans des conditions d'aér
supérieures, en moyenne, à celle qu'il a
lui. Il n'est pas étonnant, dès lors, que
de la phtisie que, depuis vingt ans, no
s'évanouir, ait fourni matière à des thè
sont d'une remarquable uniformité d
jours à peu près le même pourcentage
indiquant les guérisons apparentes, les
stationnaires, les aggravations ; toujour
de l'état fébrile, de l'abondance des cr
sudation nocturne ; et toujours aussi la
mentation de poids. Pourquoi donc ont-
leux agents curateurs ?

Certes, si plus souvent les candidats
les policliniques pour y instituer leurs
les effets en eussent pu être appréciés d
Car si les formes de la maladie que l'o
cliniques sont moins graves que celles
à l'hôpital, nos malades, par contre, n
s'améliorer uniquement parce qu'on le
et à leurs occupations. Pour eux, ces co
gées. Assurément nous indiquons cert
l'hygiène qui, d'ailleurs, ne sont pas t
telles que nous les pouvons raisonnable
lieu où nous opérons, elles seraient i
d'amener, à elles seules, une notable
se manifeste, il la faut attribuer en pre
du médicament.

Je disais que les malades de policli
moins fortement atteints que ceux de l'
effet, qui représentent la clientèle des
culeux. Et soit dit en passant, à très p
une certaine augmentation du perso
pourront facilement rendre les services
de la création d'organismes autonomes.

Nos malades étant de ceux qui peuve
par un dispensaire, il est dès lors extré
savoir si, chez eux, une thérapeutique c
capable de prêter une aide efficace au
Car, si nous découvrons que peut jouer

dont nous étudions les effets toniques, nous en pouvons raisonnablement conclure deux choses. La première, c'est que chez le tuberculeux plus avancé, ou atteint d'une forme plus nettement progressive de la maladie, c'est-à-dire là où il n'est plus aussi aisé d'établir la valeur de la médication, cette dernière ne demeure point absolument inerte, ni son importance totalement négligeable. Au contraire, son action, bien que dissimulée, s'ajoutera, en réalité, à celle de l'hygiène thérapeutique.

La seconde conclusion que nous pourrons tirer de nos résultats, sera que notre médicament mérite d'être employé, non pas seulement quand le mal est en activité, mais surtout quand il est simplement en puissance Après un séjour d'hôpital ou de sanatorium, la santé d'un tuberculeux, en état de guérison apparente, vient-elle à fléchir sous l'influence de quelque fatigue, de quelque maladie accidentelle, le voici placé de nouveau en état d'imminence morbide, et justiciable, dès lors, d'une façon préventive, de la même médication que nous aurons vu réussir alors que la maladie était en pleine activité.

Telle est, développée, la première des considérations qui me font placer le cacodylate de soude en parallèle avec le vanadate de soude. Mais il en est une autre, et qui n'est pas sans valeur. Non seulement les deux médicaments ont été, dans le cours des mêmes maladies, employés comme capables d'exalter la résistance organique, d'activer le processus de nutrition dans le sens de l'acquis, mais encore la théorie que l'on a donnée de leur mode d'action est identique. On le sait, l'arsenic est de ces corps dits vecteurs d'oxygène. auxquels Binz attribue la qualité de pouvoir se charger temporairement de cet élément, pour le distribuer ensuite aux cellules. L'acide arsénieux, par exemple, en présence d'une source d'oxygène, passe temporairement à l'état d'acide arsénique, puis, livrant son oxygène au protoplasma cellulaire, redevient acide arsénieux. De là résulterait, et l'action eutrophique de ces corps, agissant ici comme fournisseur d'oxygène aux éléments jeunes, aux tissus en voie d'accroissement, et leur action nocive, lorsqu'introduits dans l'organisme à dose massive, il leur faut, à tout prix, trouver l'oxygène nécessaire à leur transformation ; car ils exercent alors, à l'égard des protoplasmes, leur activité réductrice, et en même temps destructrice.

Que le vanadium soit un corps capable de transporter l'oxygène, d'un milieu jouant le rôle de source de cet élément, vers

une substance oxydable, (
donner la preuve, il suffi
Guyard, qui, ajoutant un
à une solution contenant,
mes de chlorhydrate d'anil
potasse, voit, après quelq
plus en plus foncée, et lais
lité du noir d'aniline qu'ell

Le cacodylate de soude e
donc à la même famille ph
on les a utilisés dans des (
intéressant, dès lors, d'exa
comparative dans le traite
et ceci dans les condition
placés. Mes deux excelle
cette étude, et en ont re
inaugurales. M. le Dr Nic
1902, s'est occupé du cac
Dr Perlemann[2], de 1900 à

D'une façon générale, le
date de soude nous ont pa
cacodylate. Cependant il f
le voir, de certaines diffé
vation.

Occupons-nous tout d'a
de la *tuberculose*. A ce suje
trouvons une indication tr
l'on obtient d'un même m
des malades hospitalisés
Comparant, en effet, ses pr
qui avait employé le cacod
constate ce qui suit : Pour
d'environ deux mois, tand
les malades de M. Jalaguie
de poids que dans un tiers
lades de M. Jalaguier qui o

[1] A. Nicati. Le cacodylate (
Thèse de Genève 1902.
[2] A. Perlemann. Contributio
1904.

d'augmentation qui se chiffre par 4 k. 272, tandis que la moyenne fournie par les 18 malades de M. Nicati est de 1 k. 158 seulement. Il faut donc porter un peu plus de 3 k. à l'actif du traitement hygiénique ; et cependant, comme le fait remarquer M. Nicati, il est infiniment probable qne les malades hospitalisés étaient plus fortement atteints que ceux que nous croyions pouvoir traiter sans les soumettre au repos.

De son côté, sur des tuberculeux avérés possédant des bacilles dans leurs crachats, M. Perlemann obtenait avec le vanadate de soude, pour une durée moyenne de traitement supérieure, il est vrai (4 mois ½), une augmentation moyenne de poids (fournie par 18 malades) de 1 k. 788.

Mais les moyennes peuvent être influencées par des circonstances diverses. En examinant les choses de plus près, on trouve que, des 46 malades de M. Nicati, 18, soit 36 °/₀ seulement, ont engraissé. Sur ce nombre, deux seulement ont atteint tout près de 2 kilos, quatre ont dépassé ce chiffre, donnant respectivement : 2 k. 8, 2 k. 7, 2 k. 65, 2 k. 4.

Avec le vanadate, au contraire, c'est sur 25 malades que M. Perlemann obtient l'accroissement de poids dans 18 cas, soit chez 72 °/₀ de ses clients. Quatre fois cet accroissement approche de 2 k.; huit fois il est supérieur à ce chiffre. L'un de ces malades, traité pendant cinq mois, augmente de 4 k. 2, un autre, traité pendant onze mois, gagne 4 k. 5.

Si, tout à l'heure, nous avons constaté que le traitement hygiénique : repos, alimentation abondante et aération, avait une influence prépondérante sur les résultats satisfaisants obtenus par M. Jalaguier, il nous faut faire observer maintenant que, sans l'appoint de ce traitement hygiénique, la thérapeutique chimique est capable de relever la nutrition du tuberculeux, nos malades, je le répète, ne modifiant rien à leur genre de vie habituel. N'en faut-il pas conclure à l'utilité de joindre, dans la cure de la phtisie, la thérapeutique à l'hygiène? N'oublions pas que longue est cette cure, coûteuse aussi ; tout ce qui pourrait l'abréger serait d'importance majeure, et pour le patient, et pour la société.

Cependant un fait s'impose à notre attention, qu'il nous faut signaler dès à présent. Celui de nos deux médicaments qui a donné les résultats les plus brillants, le vanadate de soude, est aussi celui qui réveille le plus nettement l'appétit. A ce point de vue, tous les auteurs qui se sont occupés de la question sont

unanimes : le vanadium e
et Martin, Lépine, Renaut
tin, Hélouis et Delarue,
expressément. A la policli
nous avons reconnu cons
lemann insiste dans sa t
retrouve parmi les effets d
tant, moins notable. Chez
pas qu'il soit la cause prir

L'examen de ce qui se
bronchite suspecte, vient co
tuberculeux. Ici la thèse de
venirs personnels qu'il nou
chiffres de M. Perlemann;
breux malades chez lesque
le relèvement des forces et
chez le tuberculeux avéré
fait dans des proportions a
par M. Perlemann pour le
tous les malades augment
généralité des cas, de plus
du traitement n'ait pas
de temps, la moyenne d'en

Les *neurasthéniques* tr
d'hui légion. Qu'ils guéris
J'ai eu l'occasion de m'exp
camenteux du nervosisme,
aux lecteurs de cette *Rev*
bois; je n'y reviens donc
de ces névropathes soit enr
dylique, que chez certains
ment net, considérable mé
La même tendance à l'eng
l'influence du vanadium,
durée moyenne de trois m
augmenter, en moyenne
avouer que ces procédés d
policliniques. Certes, en fa
ne veux pas nier que la p
cable dans notre clientèle
qu'elle m'y paraît très dif

ons dans lesquelles nous opérons. M. le prof.
narquer qu'à l'hôpital, la psychothérapie était
résence d'un auditoire d'élèves attentifs à la
Ceci, je crois, ne peut s'entendre que de la
uée consciemment ou non. Car cette publicité
'été mal à la conversation intime au cours de
in qui agit par persuasion, arrive à capter la
client, et à lui ouvrir les yeux sur ses erreurs
sonnement, quelquefois même sur ses défauts

bien de la suggestion que nous faisons lorsque,
ons eutrophiques, nous obtenons une augmen-
n relèvement de l'appétit. La constatation de
ıptômes vient doubler la valeur des paroles
que nous adressons à nos malheureux neuras-
me temps que nous cherchons à faire pénétrer
a notion exacte de la nature de leur mal.
qu'ici l'impression d'euphorie, de relèvement
provoque l'injection sous-cutanée de cacody-
tement, et que, des malades que nous venons
ıe, ce sont peut-être les neurasthéniques qui
plus favorablement par lui.
les *anémiques*.. A coup sûr, le cacodylate aug-
ıvent, le nombre des globules du sang et sa
ɔbine. Les observations de M. Nicati sur certains
ıx viennent corroborer les résultats des recher-
chez les chlorotiques. Chez ces derniers cepen-
ıs sommes jamais servi de cacodylate exclusi-
.re, au début de ses recherches, M. Perlemann
. eux le vanadate de soude. Mais remarquant
guère qu'une augmentation de l'appétit et du
ification suffisante de l'état anatomique du
pas à en combiner l'usage avec celui du médi-
ɜ de la chlorose, le fer. Ce faisant, il se trouva
ne méthode de traitement très active, et par-
le chez les chlorotiques atteints de troubles
ıppétence, la lenteur des digestions, étaient
ıgées par le vanadate. Dans ces conditions,
e de traitement de 4 mois, M. Perlemann enre-
ıntation de poids de 3 k. 38, et des augmenta-
et souvent très accentuées du nombre des glo-

bules rouges et de la quan
intérêt de rappeler, au cou
de tout temps, l'associatio
mandée dans le traitement

En fait, comme nous le
de deux médicaments qui
l'engraissement, provoque
des forces. Par cette triple
rendent des services émin
ques caractérisées par une
considérable.

Il nous reste à expliquer
devrons les considérer à d

1° En tant que médicam

2° En tant que provoq
impression d'énergie renai

Action eutrophique. —
vanadate appartiennent à l
c'est-à-dire à ce groupe de
améliorent la nutrition. C
que, pour l'arsenic, elle a
prof. Soulier[1], aux doses
premier abord, de voir le
proposé comme permettan
sifs, se comporter, en ta
qu'aucune des autres form
suffit d'examiner les chose
raisons de cette apparente
réalité, le cacodylate ne fai
par M. Soulier. M. Pagel,
démontré que la plus gran
l'organisme par une injectio
de sels de l'acide cacodylic
minime qu'elle s'échappe
Cette minime quantité rep
en liberté par la destructio
s'est fixé, pour un temps p

[1] H. Soulier. Traité de th
médicaments d'épargne. *Congr*

it pu soupçonner cette résistance de la molé-
ı son incapacité de laisser agir, sur l'élément
arsenic qu'elle contient, en réfléchissant sim-
faible toxicité. Croire qu'en introduisant une
ɜenic sous forme d'acide cacodylique, on fait
ırsenicale intensive sans risque d'intoxication,
e la même illusion qui consiste à supposer
érer des grammes de thiocol, on fait circuler
des quantités considérables de gaïacol, mis
oublement du médicament. Il saute aux yeux
n pour laquelle, de cette façon, l'on n'empoi-
lade, c'est que le corps composé ne met point
toxique qu'il contient, ni, à doses mesurées,
rapeutique qu'il renferme à l'état quasi dissi-
on nous a démontré tout récemment que le
ɔas tort, et que, comme l'acide cacodylique,
ɜ l'organisme sans laisser s'échapper, par con-
ser agir, la somme entière de gaïacol qu'il

soude engraisse-t-il nos malades à la façon
r une part il y a lieu de le supposer. Mais il ne
blier qu'il est assez irritant pour qu'on ne
ɜs douleurs qu'il provoque, l'injecter sous la
troduit dans l'estomac, peut-être réveillera-t-il
ɜon des préparations inorganiques d'arsenic,
itant légèrement la muqueuse gastrique. Ce
ıin c'est que, pour une raison ou pour une
ène thérapeutique sur lequel, je le répète, tous
employé les préparations de vanadium sont
ur action eupeptique puissante. L'impression
us reste des effets qu'a exercé le vanadate de
lades, c'est ce réveil de l'appétit, qu'en très
ils signalaient spontanément.

ique. — Pour expliquer cette seconde pro-
aments que nous étudions, deux hypothèses se
e esprit : ou bien il s'agit ici d'un phénomène
ɜ, la notion de remède nouveau entrant en jeu ;
songer à une excitation légère du système ner-
nt peut-être des modifications favorables du
cardio-vasculaire.

est de la première hypothèse, elle n'est point

valable pour le milieu dans le
ne sont guère experts en thér
les clients de la ville, retenu
les médicaments qu'ils ont pu
rogeons sur ce qui leur a été
ils ; une eau blanche ; quelqu
date d'Hippocrate, ou soit né
Il faut donc chercher ailleurs

M. Nicati a étudié au lab
cardio-vasculaire du *cacodylat*
introduit dans le courant ve
l'état inorganique est à faible
sédatif du système nerveux g
se retrouve lorsqu'on étudie
le cacodylate, de même que l
les actions cardio-vasculaires
L'on garde des tracés qu'on e
fortes doses injectées (gr. 0,15
de lapins pesant de 1600 à 18
cas, l'accident qui consisterai
une veine avec la canule de la
importance. Et l'observation
point avec l'expérimentation.
cacodylate faites dans le cou
difficile d'admettre que l'acc
produit plus d'une fois. Or je
de cas où l'injection de cacod
inquiétants. Au contraire, M.
avec succès, tenté la médic
(1 cc. de solution de cacodyl
tuberculeuse.

L'*injection intraveineuse* ch
un abaissement très léger de l
n'a été modifié que dans des
lérant un peu sous l'influence
légèrement avec les fortes
cutanée, à dose déjà notable
moyen), elle ne modifie pas se
Il faut atteindre graduellemen
ver une hypertension manifest
sement du pouls, réalisant le

Marey. Du reste l'expérience semble indiquer que le centre vaso-moteur est, ici, plus fortement excité que l'appareil accélérateur cardiaque.

Au premier abord, il ne paraît pas que, d'expériences dans lesquelles on injecte au lapin 50 centigr. de cacodylate par kilogramme de son poids, l'on puisse tirer des conclusions applicables à l'homme qui, par kilogramme aussi, reçoit quotidiennement environ $^{8}/_{10}$ de milligrammes du médicament. Mais il ne faut pas oublier que, tandis qu'il est fort difficile de troubler l'équilibre de tension vasculaire d'un animal sain, il est infiniment plus aisé de relever cette même tension abaissée chez un malade. L'expérience qui consiste à injecter une solution saline isotonique dans l'appareil vasculaire d'un animal sain, puis, comparativement dans les veines d'un animal affaibli par la saignée, est bien connue dans ses résultats. Ils démontrent clairement ce que je viens d'avancer.

Enfin, suggestion ou autre chose, le fait d'injecter dans le tissu cellulaire de l'homme une solution saline quelconque (à condition qu'elle ne soit directement nuisible ni au système nerveux central, ni à l'appareil cardio-vasculaire), suffit à relever le tonus nerveux. C'est là une des raisons du succès du cacodylate de soude. Quoiqu'on en ait dit, en effet, l'on doit suivre la recommandation de A. Gautier, qui demande que l'on ne fasse point ingérer le cacodylate de soude, ceci à cause de sa facile réductibilité qui lui permet de passer parfois rapidement à l'état d'oxyde de cacodyle toxique. Or le milieu intestinal peut être fort riche en matières réductrices. L'administration par la bouche, non seulement provoque l'odeur puissamment alliacée de l'haleine, mais expose encore à l'éclosion d'accidents d'intoxication. Au cas où l'estomac, par trop sensible, se refuserait décidément à tolérer l'arsenic inorganique, même bien administré, et qu'on voulût absolument adopter la voie gastrique, c'est à l'arrhénal qu'il faudrait donner la préférence. Mais je le répète, l'injection sous-cutanée ajoute, à l'action personnelle du médicament, cette influence excitante due à la pénétration de la solution dans le tissu cellulaire sous-cutané.

En somme, pour ce qui est du cacodylate, il faut interpréter son action de relèvement des forces par l'intervention de plusieurs facteurs. Le premier n'est autre que cette action excito-vasculaire que démontre l'injection sous-cutanée chez le lapin. Le second est cet effet spécial de toute injection saline sous-

cutanée pratiquée chez
intervient le bien-être q
de l'arsenic administré
phique contribue à augm
nisme conscient dont la m
tandis que, réciproquemen
phique, en portant à l'opti
mentation de l'appétit et

Quant au *vanadate*, en
convulsions, qui précèder
agit sur le système nerveu
y regardant de près, l'on
l'animal, ces phénomènes
guère permis de conclure
bien que la substance agit
veux du cœur, provoquan
cardiaque. Les expérience
laboratoire, nous montren
ralentit sous l'influence
déjà Laran et Hallion, le
simultanément Après un
injecte de nouvelles quan
s'abaisse, tandis que le ra
duellement jusqu'à la m
l'action du médicament l'
peu à peu.

Mais ce n'est point ce
mique qui peut offrir p
répond nullement à l'acti
ci. au contraire, appartien
tension sanguine tout en
tion de tension n'est pas
point d'une vasoconstrict
tre. Nous en arrivons for
commandée par un accro
il faut chercher l'origine
tanément, et également,
règlent les mouvements d
l'appareil d'arrêt. Dans
de François-Franck, la r
sement des pulsations, ta

leurs, l'énergie accrue amène l'élévation de la tensi
guine.

Aidées par le sentiment agréable du retour de l'appé
modifications minimes et non perçues par le malade so
traitement vanadique, sont probablement la raison d'
l'euphorie qu'il éprouve.

Ceci dit, comment faut-il envisager l'action de no
médicaments dans le *traitement de la tuberculose*? Je
dessein de côté l'étude des autres états morbides au co
quels nous les avons employés: toute maladie caractéri
une déchéance organique est justiciable des remèdes
genre ; d'autre part, nous avons dit dans quelles limite
fallait comprendre l'usage dans le traitement du nerv
enfin, dans la cure de la chlorose, nous savons bien qu'
et vanadium, ne peuvent être que des aides bénévoles à
toute puissante du médicament spécifique, le fer.

Pour concevoir de quelle nature vont être les servi
nous serons en droit de réclamer du cacodylate et du va
il suffit de nous représenter ce qu'est la phtisie pulmo
partir de ses phases de début jusqu'à ses périodes tern
de nous rappeler que la lutte que va engager l'organ
sera pas toujours semblable à elle-même, dans son dév
ment et dans ses résultats, parce que, selon les cas, va
et les forces de cet organisme et la puissance de l'infectio
conçoit ainsi que, s'il est des circonstances où l'infectio
trop massive ou bien le terrain trop débile, la meille
thérapeutiques reste impuissante, il en est d'autres
efforts du traitement hygiénique demeurés insuffisant
trée en jeu d'un faible renfort, incapable à lui seul d'
ter la victoire, va faire pencher la balance en faveu
défense. Le cacodylate, le vanadate représenteraient c
renfort.

Ailleurs, il arrive que l'organisme lutte avec un succ
tif, même sans qu'intervienne un traitement hygiéniq
sévère, sans que soit exigé un repos complet, ni même
sans que l'alimentation puisse être notablement amélio
c'est le cas chez la plupart des malades dont nous entre
le traitement à la Policlinique. Ici, l'appoint d'un médi
tonique n'est point à dédaigner.

Enfin, plus souvent encore, le malade auquel nous

affaire dans nos consultat
jeune sujet dont la résista
trouve momentanément épu
ou par l'évolution d'une r
fois, a subi les atteintes de
ne conservant que des som
ou sans signes de bronchite
accusant un amaigrisseme
diminution légère des forc
montré que, aussi bien avec
cacodylate, l'on obtient des
forces, l'amélioration de l'ét
çoit, une diminution dans
tions morbides (toux, expec
plus facile de recourir aux t
qui assureraient le traiteme

De ces toniques, je ne fais
plus actif dans le traiteme
menaçante, c'est l'huile de f
supportée par tout le monde
de la saison froide. Chez ce
chez tous nos malades, il nou
de fer, spécialement) aux dé
ses diverses formes, et, j'ajo

Des deux médicaments q
être préféré à l'autre? Au pr
que le vanadate de soude no
de poids supérieures à celles
festé cette action eutrophiq
malades, on devrait lui donn
a pas à attribuer les résul
dium à ce qu'il aurait été
gravement atteints; l'analy
MM. Nicati et Perlemann, n
tion serait entièrement fauss
arrive à cette conclusion qu'
médicaments, ou plutôt de l
le sait, ne peut être adminis
tions sont établies généralem
femme certaines d'entre ell
ques, car le cacodylate de s

ou même pendant les jours qui les précèdent immédia
augmente l'abondance du flux menstruel, et abrège
intercalaire. Pendant les périodes de repos, on peut ut
vanadate à la dose quotidienne de 5 cc. d'une solution à
Simultanément à l'usage de l'un ou de l'autre de ces
ments, l'emploi de l'iodure de fer ou des phosphates se
mande. En hiver, où la cure d'huile de foie de mo
occuper le devant de la scène, le vanadate de soude pou
fois se rendre utile en activant l'appétit.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE

Présidence de M. de Cérenville, président.

36me *assemblée générale, le jeudi 3 novembre 1904 à Beau-Rivage*

Belle séance, par une belle matinée d'automne. Le cordial *Ce amicabile* par lequel debutent régulièrement les assemblées prend chaque année plus d'importance; ce sont des questions tres, des consultations sur des cas compliqués et angoissants d'expériences, sans parler des affectueux « revoirs » de ceu s'aperçoivent qu'une fois l'an.

M. de Cérenville ouvre la séance par un rapport dans lequ avoir rappelé le souvenir des membres de la Société décédés dans Bernet, Zahn, de Reynier, doyen des médecins suisses, et La annonce que le mandat du Comité romand est arrivé à sa fin, gations doivent être soumises à la réélection avant la fin de l' résume ensuite en quelques mots ce qui a été fait dans les c Genève et de Vaud pour l'étude de la question des assurances repondre à l'enquête demandée par la *Commission médicale* s médecins de ces deux cantons désirent le système des subve l'Etat aux sociétés de secours mutuels et le libre choix du M. de Cérenville ajoute que la question de la campagne contre la rale sur l'assurance militaire n'est pas encore épuisée, et termin

[1] Le métavanadate de soude doit être mis en solution dans l'eau Il ne doit pas être préparé à l'avance une dose supérieure à celle pour un traitement hebdomadaire.

nant un court aperçu des d
fédéral qui intéressent la p
tention des medecins cette o

M. Roux parle d'un cas d
haut intérêt sur cette malad
rostomie, son opéré a joui
Revue.)

M. Mayor donne le résult
l'action des *cacodylate et van*

M. Bard dans une brillant
tivante du *mécanisme de l'*
voici le résumé :

D'après lui, à l'état de rep
bruits eloignés sont nettemen
du fait de la perte d'intensité
distances, les bruits rapproc
gale sur les deux quadrants a
le manche du marteau. Le m
la netteté aux bruits rapproc
éloignés, par une action sur
aux deux quadrants du tym
différence de tension dans la
tance du bruit écouté, le mu
distance de la source sonore,
point du cristallin à la dist
muscle ciliaire. (Voir le pro

M. Mermod tout en félicit
nieux, est cependant quelque
il l'avait fait dans de récen
actuel, aurait cherché l'origi
celle-ci existe pour l'oreille c
ganes de transmission que da
gane de reception des ondes

Le jeu des organes de t
chaine des osselets, a été éta
la valeur d'Helmoltz et par
théories émises par des hon
miller d'erreurs comme le pe
der à l'etrier et à son muscl
independante que celle que t
muscle de l'étrier n'a absolu
du tympan, et n'a jamais été
du tympan ; l'étrier et son r
grande sur la fonction audit

chargés de régler. Les cas pathologiques le prouvent surabondamment, et tout auriste sait que la fonction auditive peut être intacte malgré toutes espèces d'altérations de l'oreille moyenne : absence de tympan, carie des osselets, aussi longtemps que l'étrier est conservé et mobile. Si au contraire cet os est ankylosé alors que tout le reste de l'oreille moyennne est normal, l'ouïe est perdue à jamais.

M. Dufour : J'ai entendu avec le plus vif intérêt la communication de M. le prof. Bard sur un sujet si nouveau, ainsi que les aperçus si ingénieux qu'il lui a rattachés. D'après le titre du travail je me figurais qu'il se fût agi de quelque chose de cérébral, je ne m'attendais point à voir exposer un mécanisme musculaire d'un parallélisme pareil à l'accommodation de l'œil.

Ici une première objection se présente, et cette objection n'est ni anatomique ni même physiologique ; elle est plutôt physique et se rapporte aux lois de l'expansion des ondes sonores. Quand il s'agit de rayons lumineux, les lois de l'optique établissent qu'avec un appareil dioptrique donné, deux sources lumineuses différemment éloignées ne peuvent faire leur image sur le même point. La netteté de l'image est rigoureusement une fonction du lieu, et jamais un œil ne peut avoir une perception nette et simultanée de deux objets situés à des distances différentes. On peut le vérifier tous les jours par l'expérience classique d'Helmholtz : vous regardez une page imprimée à travers un treillis plus rapproché de nous de 8 ou 10 cm. ; si vous lisez les caractères imprimés, vous ne pouvez voir les fils du treillis, si vous voyez les fils du treillis, la page imprimée est tout à fait confuse. Eh bien, y a-t-il quelque chose de pareil dans la perception des sons ? Nous est-il impossible de percevoir nettement un son éloigné en même temps qu'un son rapproché ? Au premier abord il ne le semble pas, et cela pourrait facilement d'ailleurs être déterminé par l'expérience.

M. Bard : Il n'est pas possible d'entendre distinctement deux conversations différentes.

M. Vullirt présente un malade opéré pour un *ulcère duodénal perforé*. La guérison est complète. (Paraîtra dans la *Revue*.)

M. Krafft après quelques considérations sur la *sérothérapie préventive du tétanos*, relate un cas positif dans lequel une injection de sérum de Berne n'a pas empêché l'éclosion d'un tétanos mortel. (Voir p. 699.)

M. Bourcart fait une communication sur l'effet du *massage vibratoire manuel* dans les péritonites et périthyphlites aiguës. Ces manipulations amènent d'après l'auteur non seulement une diminution très notable des douleurs, mais un abaissement complet de la température, une cessation des phénomènes d'intoxication et un rétablissement rapide.

Le banquet, auquel ont pris part 123 médecins, est présidé par M. de Weck, représentant de la Société de Fribourg. Vorort pour cette année ; il prononce le discours suivant :

Messieurs et très honoré

Comme président de la Société
échu de présider aujourd'hui votr
venue. Permettez-moi quelques r
ces réflexions me paraissent aujou
l'esprit mercantile cherche à péné

L'étude de la médecine est une
tenter un homme de talent; elle e
de la géologie, de la botanique, c
beaucoup d'autres sciences. Et c
de l'homme, a plus d'importance
ces physiques.

Aussi bien le médecin est-il un
tout le monde le reconnaît. Les tr
unit le monde visible au monde
plus brillantes, dès le temps d'Hip
porte qui. Honore le médecin, dit
de lui, et c'est Dieu qui a créé cet
*Le médecin habile marche la tête
l'assemblee des grands de ce mond*

Messieurs, vous en conclurez
mande qu'on y entre avec des vu
rien n'est plus commun que de
pour les motifs les plus vulgaires.
soit la profession du médecin, per
y cherche une carrière honorable
faire médecin uniquement ou prin
mon avis étrangement ravaler u
quelles l'homme puisse aspirer. Q
si la plus belle et la plus méritoir
plus possible et le plus vite possil
propageât, on ne peut dire quel c

L'héroïsme qui se moque du g
patriote, tandis que l'esprit merce
Qu'un artisan, un marchand ou u
ce qu'il rapporte, rien de mieux,
gagner le plus possible, mais dans
blique exige des vues plus désin
chose de ce verdict de l'opinion
nous distinguons le salaire, les g
insinuant qu'on doit, à celui qu'o
même que ses services ne pouvan
offre plutôt un tribut de reconnai

La mesure des gages et du salaire est le temps employé, le produit et aussi la nécessité du travailleur qui n'a que ce moyen pour vivre. Il en va tout autrement des honoraires, qui sont plutôt une dette de gratitude qu'autre chose. Il y a là un idéal généralement accepté et qui fait grand honneur à la carrière médicale. L'opinion publique regarde toujours le médecin comme la Providence visible de ceux qui souffrent.

Messieurs, pour répondre à cette exigence si flatteuse pour nous, il ne nous suffira pas de connaître la nature des maladies ni les remèdes qu'on peut leur opposer. L'étude même approfondie des différentes branches de la science médicale n'y suffira pas non plus ; il y faudra quelque chose de plus : il faudra que nous sachions user de ces ressources pour le bien véritable de notre clientèle.

Très honorés confrères, je bois à l'honorabilité bien connue des médecins de la Suisse romande et des médecins suisses en général, je bois à la patrie suisse, dont les médecins sont un des plus fermes soutiens.

M. de Cérenville adresse quelques paroles chaleureuses dans lesquelles il cherche à démontrer combien il est nécessaire, en face de l'évolution des questions sociales, que les médecins marchent d'accord s'ils veulent être écoutés. Il salue les nouveaux venus dans notre Société et leur propose comme porte-drapeau un vétéran dévoué à la Société romande depuis 36 ans, le prof. Léon Revilliod.

M. L. Revilliod attrape la balle au bond, et avec la gracieuse éloquence que chacun lui connaît, dit son affection pour le beau pays de Vaud.

M. Picot salue en M. de Cérenville le président du Comité romand et le digne représentant des Welsches dans la Commission médicale suisse.

M. Dufour termine en parlant des différents genres d'accommodation : tous les organes en sont capables... y compris l'estomac ; dans le corps social tous les éléments sont appelés peu à peu à s'y soumettre, l'expérience récente nous prouve que les groupes qui composent notre corps médical suisse s'accommodent aussi fort bien.

Le Président : Dr de Cérvenille *Le Secrétaire.* Dr Ch. Krafft.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GENÈVE

Séance du 5 octobre 1904

Présidence de M. Gœtz, Président.

31 membres présents.

Le président rappelle la mémoire de M. le prof. Zahn, les bonnes relations qu'il avait eues avec la Société médicale et la brusque fin d'une carrière aussi remplie. L'assemblée se lève en signe de deuil.

Les derniers travaux du Dr Sulzer sont déposés sur le bureau ainsi qu'un médaillon en plâtre très bien réussi représentant le prof. Gosse, et offert par M. Maillart.

M. Ed Claparède développ
laquelle le sommeil n'est pas l
tionnement (par intoxication
théories courantes), mais au
qui a pour but cet arrêt de
nous sommes intoxiqués ou é
mons pour ne pas l'être.

A l'appui de cette manière
peut invoquer les faits suivan
l'épuisement ; souvent au con
excès de sommeil amènent la
point de s'endormir, on peut,
pied sans manifester les moind
être partiel : on dort pour cer
mant à côté de son enfant ma

Si le sommeil était dû à u
vraient se succéder très rapid
ments respiratoires ou pour le
deur du sommeil, inexplicabl
théorie qui considère ce ph
positive.

Quels sont les excitants n
hypnotique ? La composition
les sensations de fatigue, l'obs
turnes), ainsi que les images
meil (celle du lit ou du lieu
facteurs qui jouent un rôle in
Quant à la réaction produite,
du sommeil, on peut le consid
subjectivement par un *désintér*

Au point de vue pathologiq
des neurasthéniques : celle-ci s
sommeil elle-même (P. Janet
certaine énergie pour être acc
de l'instinct du sommeil anal
(sexuelles, etc.) que l'on con
permet aussi de réconcilier les
ture de l'hystérie.

M. Bard est d'accord pour f
mais il ne faut pas la rapproch
tie des qualités actives de la

M. Mayor : Pour démolir un
ter tous les arguments. Or le
un désintérêt des choses extér
Ainsi M. Mayor s'endort sou

plus intéressé, surpris en pleine activité cérébrale. Le fait que l'on peut supprimer le sommeil par la volonté n'exclut pas l'idée d'intoxication, on peut se désenivrer volontairement. Le système nerveux peut résister instinctivement, ce qui expliquerait la courbe ascendante du début du sommeil; quant à la fin de la courbe, elle s'expliquerait si l'on connaissait le poison. Sans être partisan de la théorie toxique, M. Mayor pense qu'il faut néanmoins respecter certains arguments.

M. Maillart demande le moyen d'établir la courbe du sommeil, et pourquoi le café empêche de dormir.

M. Claparède répond à M. Mayor que si le sommeil résulte d'une intoxication, on peut bien comprendre que des stimulants provenant de l'extérieur puissent contrebalancer un certain temps l'influence hypnotique et empêcher l'assoupissement, mais il est inconcevable que le sommeil puisse être retardé par le fait d'un stimulant d'origine interne comme la volonté, les substances ponogènes ou l'usure nerveuse devant atteindre aussi bien, d'après la théorie toxique, les centres de la volonté que les autres centres nerveux. On ne peut pas comparer au sommeil normal celui résultant de l'introduction en un seul coup d'un gramme de chloral dans l'organisme ; pendant la veille les substances ponogènes s'accumulent lentement; le sommeil se produit lorsque leur taux dans le sang a atteint un certain chiffre: on ne comprend pas pourquoi le sommeil se maintiendrait sept à huit heures, ou plus, alors que l'élimination doit certainement faire baisser très rapidement ce taux au dessous du minimum soporifique.

M. E. Martin communique l'observation d'un cas de *corps étranger, un épi de graminée, éliminé par la paroi thoracique.* (Sera publié.)

M. Guyot présente l'instrumentation et expose la technique de la *trachéo-bronchoscopie* :

Lorsqu'on se trouvait, dit-il, en présence d'un corps étranger des bronches, on avait jusqu'à maintenant le choix entre deux méthodes. Ou bien attendre l'élimination spontanée, ou bien intervenir. L'élimination peut il est vrai avoir lieu soit dans un effort de toux, soit par formation d'une vomique, soit par abcès thoracique. Mais il ne faut pas oublier que la mortalité dans les cas de corps étrangers des bronches atteint 65 °/o et que la mort peut même se produire après l'élimination (3 morts sur 20 cas d'élimination spontanée. *Thèse de Heller,* Göttingen 1890).

Le vomitif est absolument à proscrire. Il épuise le malade et a pu même refouler le corps étranger dans le larynx, l'y enclaver et produire l'asphyxie. Une manœuvre qui donnait quelques résultats heureux est celle qui consiste à renverser le malade la tête en bas et à lui imprimer de violentes secousses, mais elle ne doit être pratiquée que si l'on a fait au préalable une trachéotomie pour éviter la chute du corps étranger dans le larynx.

Ceux qui se décidaient à intervenir pouvaient employer deux procédés : Ou bien, après trachéotomie, essayer à l'aide de pinces courbes, d'explorer à

l'aveuglette la trachée et les bro
tions ou des hémorragies mortel
ou bien pratiquer la bronchoto
sans doute, mais qui n'a qu'un i
lité de 100 %.

A ces méthodes incertaines
heureusement l'endoscopie direct
mier qui fit de l'endoscopie dire
de son urétroscope ; puis Kuss
sabre se servit de l'urétroscope
mais c'est au prof. Killian, de F
mérite d'avoir appliqué l'endosc
bronches et de l'œsophage et à
conduits. Ayant eu l'occasion d
Fribourg, j'ai pu apprécier la gr
Killian accueille ceux qui vienn
même à leur disposition d'ancien
tubes, qui servent ainsi de laryn

L'instrumentation est très sim
driques, nickelés, dont la longu
les enfants ces tubes ont 7mm de
pour les adultes 9 à 11mm de d
existe des tubes semblables pour
11 à 13mm de diamètre et 19 à 4
tent sur un même manche mét
pinces et crochets de formes div
des bronches à la cocaïne, tous
voir répondre à tous les cas.

L'éclairage, de première impo
frontale de Kierstein. Cette lamp
lèles, permet de voir à l'extrém
qu'à l'entrée.

L'introduction de ces tubes pe
bouche et le larynx, soit par la
méthodes : la *bronchoscopie supér*

Pour la bronchoscopie supérie
ou couché. Si le malade est assis
mais aussi plus élégante) on proc
doit être autant que possible à j
On pratique, 20 à 30 minut
morphine de 0.01. Le pharynx,
sont soigneusement badigeonnés
ou même au cinquième. La tête
garde du côté opposé à la broncl
attirée au dehors. Après avoir lé

court, on l'introduit en déprimant la langue. On regarde à travers le tube, on cherche l'épiglotte et on la relève. Le larynx se montre alors; on contourne l'épiglotte et on la repousse en avant. On fait faire au malade quelques inspirations profondes et on cherche à passer entre les cordes en suivant la paroi postérieure du larynx. Une fois la glotte dépassée, tout devient plus facile. Si on veut pénétrer plus loin on badigeonne les bronches avec des tampons fixés au bout de longues tige et imbibés de cocaïne au dixième. On fait alors glisser des tubes longs plus minces à travers le gros tube placé dans la trachée, et on peut ainsi explorer avec soin les bronches et leurs bifurcations. Le temps vraiment difficile, c'est l'introduction du gros tube à travers le larynx ; il faut souvent plusieurs séances pour entraîner le malade. L'introduction de ces tubes est plus facile en position couchée. On étend alors le malade sur une table, couché sur le dos, la tête pendante, fortement renversée en bas.

La *bronchoscopie inférieure* est plus facile. Elle se fait après trachéotomie à travers la plaie trachéale ; on n'a pas alors à vaincre la difficulté du passage à travers le larynx. Elle se fait naturellement avec des tubes moins longs.

Le plus souvent l'anesthésie locale à la cocaïne suffit, mais quelquefois (chez les enfants toujours) on est obligé de recourir à l'anesthésie générale.

Une grande difficulté peut aussi provenir de la trop forte sécrétion bronchique, surtout si le corps étranger a provoqué par son long séjour une inflammation de la muqueuse des bronches. Ce mucus obstrue les tubes et masque la vue. Pour obvier à cet inconvénient, le prof. Killian a fait construire un tube double dont les deux parties rentrent l'une dans l'autre et dont l'une aspire les mucosités au moyen d'une pompe aspirante. Le Dr Garel, de Lyon, a proposé de donner au malade de la belladone quelques jours avant l'intervention.

La respiration s'accomplit très bien pendant la bronchoscopie. Le tube amène l'air au poumon dont la bronche contient le tube. L'autre poumon ne reçoit que l'air qui passe entre les parois du larynx et le tube, ce qui est suffisant en général ; sinon, on peut pratiquer une ouverture latérale dans la partie moyenne du tube.

L'extraction de corps étrangers des bronches ne s'était guère pratiquée qu'en Allemagne. Le prof. Killian possède une collection d'une quinzaine de corps étrangers de toutes formes extraits par lui ou son assistant, le Dr von Eicken.

La première intervention de bronchoscopie en France fut faite l'année dernière à Paris, par mon ami le Dr Guisez, assistant du Dr Lermoyez. Il réussit à extraire un clou de tapissier d'une ramification bronchique de troisième ordre au moyen d'une tige aimantée longue de 40 cm. Puis le Dr Garel, de Lyon pratiqua la seconde extraction (mars 1904). Il put heureusement extraire à la pince une épingle à grosse tête de verre longue de 3 cm, d'une petite ramification bronchique du poumon droit.

Nous plaçant a
cette nouvelle mé
Pour l'extracti
ratoires, elle a te
progrès incontest
La laryngoscop
men des cas d'afl
(papillomes, etc.)
La trachéo-bro
les rétrécissement
Elle permet de d
intervention (sté
pu, par la bronct
dans un cas de ca
Quant à l'œsop
et de la chirurgie
de l'œsophage. El
ce conduit, en pe
On est donc en
veaux à la pathol
examiner chez pr
tives supérieures
diagnostic et le tr
M. Guder : Le
excès de secrétio
pour aspirer les n
men des parois de
qu'il faut éduque
M. Maillart a
en ayant montré

Grancher et Con
un vol. i
Ce quatrième
système musculai
figuraient pas dan
auteurs nouveaux

augmentés. Citons parmi les premiers les hémorragies cérébrales, par M. Johannessen, l'hypertrophie du cerveau, par M. D'Astros, l'aphasie et les troubles du langage, par M. Gutzmann, les psychoses de l'enfance et la neurofibromatose généralisée, par M. Comby, etc., etc. Ce bel ouvrage sera terminé assez prochainement par la publication d'un cinquième volume et présentera un exposé extrêmement complet de nos connaissances actuelles en pathologie infantile.

Le Dentu. — Clinique chirurgicale; 1 vol. gr. in-8 de 664 p. avec 45 fig. Paris 1904, J.-B. Baillière & fils.

Le savant professeur de la faculté de Paris fait profiter une fois de plus dans cet ouvrage le public médical de son expérience et de sa sagacité comme clinicien. Ses leçons, au nombre de quarante-huit, se succèdent dans un ordre méthodique, comme dans les traités didactiques. Parmi toutes celles qu'il a faites pendant ces dernières années, il a choisi celles qui se distinguent par certaines considérations personnelles auxquelles il attribue une importance particulière ou par un fait nouveau plus ou moins digne d'attirer l'attention. Voici un aperçu des sujets passés en revue : L'évolution de la chirurgie contemporaine ; anesthésie générale ; le choc traumatique ; la chirurgie actuelle et les contre-indications ; traitement des tumeurs malignes ; traitement des fractures ; kystes hydatiques des os ; hypertrophie diffuse des os de la face et du crâne ; luxations coxo-fémorales ; ruptures musculaires ; myosites infectieuses ; synovites tendineuses syphilitiques ; traitement des anévrysmes par les ligatures périphériques ; étiologie et pathogénie des varices ; phlébites variqueuses ; plaies pénétrantes du crâne par armes à feu ; parotidites d'origine génitale chez la femme ; pathogénie et traitement de la grenouillette ; lithiase salivaire ; épithélioma leucoplasique de la langue et de la bouche ; amputation de la langue ; goîtres simples et cancéreux ; faux goitres ; abcès froids de la paroi thoracique ; épiploïtes consécutives à la cure radicale des hernies ; traitement des fistules stercorales et des anus contre nature ; entéroanastomose et exclusion de l'intestin ; lithiase et inflammation de la vésicule biliaire ; sarcomes du vagin dans l'enfance ; traitement des rétrodéviations utérines ; traitement des fibromes utérins ; formes exceptionnelles des tumeurs malignes de l'utérus ; des propagations prochaines et éloignées du cancer utérin ; inflammation des annexes de l'utérus, suppurations pelviennes ; épithélioma kystique secondaire de l'ovaire ; tuberculose génitale de la femme.

Th. Kocher. — Les fractures de l'humérus et du fémur ; traduction de l'allemand par le Dr *L. Senn*, chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lausanne ; un vol. in-8o de 286 pages avec 105 fig. et 56 pl. Genève 1904, H. Kundig. Paris, F. Alcan.

Les fractures des deux extrémités de l'humérus et celle de l'extrémité

supérieure du fémur, qui font l
de grandes difficultés dans leur
sité de Berne a eu l'occasion de f
où ces fractures avaient été ma
tic insuffisant. Ces opérations
formes, et il a pu aussi plusieu
Le but de son livre, complémen
de démonstrations expérimenta
recherches sur un sujet qui ne l
façon complète. Il décrit les div
siège et en indique les symptôt
et le traitement; de nombreuse
ajoutent encore à la valeur de
ouvrage dont l'édition allemand
des progrès que la radiographie
rurgiens n'y trouveront pas n
abondante moisson de faits clin

—

VA

Comité romand. — Les meml
romande sont informés que les
miné leur mandat le 31 décemb
procéder à de nouvelles électio

Université de Lausanne. —
naire d'hygiène et de parasitolo
professeur ordinaire.

Caisse de secours des médecin

Bâle-Campagne. — M. le Dr Rip
Fribourg. — De la Société de n
saz, fr. 50, (50+20=70).
Genève. — De l'Association des
Dr H Maillart, fr. 20, (20+24
Grisons. — Dr J. Hitz, fr. 5, (5-
Lucerne — Dr C. Næf-Dula, fr.
Zurich. — Drs Steffen, fr. 10;
1200).
Ensemble fr. 190. Dons précéder

Bâle, le 1er Novembre 1904.

— N° 12. 20 DÉCEMBRE 1904.

UE MÉDICALE
SUISSE ROMANDE

/AUX ORIGINAUX

mmodation auditive, son but ses diverses modalités.

par L. Bard.
Clinique médicale à l'Université de Genève.

ie de l'audition est loin d'être arrivée au
.tteint par la physiologie de la vision. Au
cliniques sur le mécanisme de production
guée de la tête et des yeux chez les hémi-
convaincre de l'insuffisance et des inexac-
ıdmises sur l'orientation des bruits dans
ıi amené à déterminer et à préciser le véri-
cette orientation ; mais au cours de cette
t me convaincre de l'insuffisance et des
ısi grandes des notions admises sur le rôle
e moyenne et sur l'accommodation auditive

ı l'orientation auditive ni des conclusions
rivé à son égard, me contentant de ren-
ıx articles spéciaux que je leur consacre
licale[1]. J'ai déjà signalé, dans un article
, la principale lacune de l'accommodation
existence d'une accommodation à la dis-
ores, dont il n'a, que je sache, jamais été
. Je me propose aujourd'hui d'indiquer,

ation auditive laterale, son rôle et son mécanisme,
, p. 305. — De l'orientation auditive angulaire,
ıod. loc.
ıe et du mécanisme d'une accommodation auditive
ıhysiologie et de pathologie générale, 15 nov. 1904.

ıodation laisse persister tout ce
organes à leur meilleure percep
plier aux conditions variables d
ɜquelles ils se trouvent obligés d
confondre davantage avec l'acco
ction que les organes sensoriels
er des effets nocifs des excitant
'e ou bruit trop fort, protection
ıpprimant purement et simple
excitant redouté, ce qui est préc
accommodation. La confusion qu
ɜ pour la vision, quand on fait in
mais elle est à la base de la con
ıtion auditive, dont la seule don
ı confusion faite entre la prote
et l'adaptation différente de l'
équivalents acoustiques de la

ège contre la lumière trop vive,
eille se protège contre le trop
plus sûr, sinon plus parfait, n'e
'un fonctionnement purement a
susceptibles de léser l'apparei
t en fait d'un mouvement de la
itif externe, superposé aux ond
ce mouvement de l'air refoule le
u marteau. Le refoulement de la
7mm à son centre par le fai
ɜurellement beaucoup plus accus
e d'insertion ; par suite le mar
en dehors, les articulations jo
chaîne aux dimensions chang
a forme. Dans sa position nou
mmobilisée, la sonnette est gr
ırs elle n'obéit plus à la sollicit
upière auditive est fermée Tou
faibles plus encore que les fort
. véritable abus de langage que
on ou même simplement d'asso
ts. La vérité est que le bruit
ement supprimé momentanéme

cation entre l'oreill
pour la protéger effi

L'automatisme est
prompt que le reflex
batrices accessoires ;
l'exercice de la fonct
peut fermer les yeu
oreilles à l'entenden
aux philosophes le
supériorité !

III. — L'audition
accommodateurs, ici
muscle interne du m
les effets des deux m
ceux des deux muscl

On sait que le mus
du col du marteau ;
point d'insertion hori
ajoute unanimement
qu'il porte l'extrémi
dehors ; par répercu
ovale ; en agissant ai
labyrinthique ; par l
les bruits trop forts.
expériences qui ont p
réplique il est vrai,
bruits, quand on refo
du conduit.

C'est en effet ce qu
précédent, mais on o
la contraction du mus
pan et sur la chaîne c
ment de l'air du co
de visu qu'il n'en est
anatomiques que par
muscle sur une tête d

En réalité, le musc
sans le faire basculer
des leviers qui le com
de la bascule, à son p
mentation de tension

ce qui est essentiel, sans immobiliser la chaîne, sans
.einte à ses aptitudes acoustiques, effet qui est préci-
ut le contraire de celui du refoulement par l'air avec
e l'osselet. Le retrait en dedans de la partie externe
ne est compensé par un mouvement approprié de ses
ons, et l'audition continue comme à l'état de repos,
une puissance et une finesse spécialement adaptées à
ation du milieu sonore qui a provoqué par réflexe cette
n elle-même.

fort regrettable que la constatation directe chez
de la contraction de ce muscle ne puisse pas se faire
.ême facilité que celle de l'iris ; la découverte d'un
ir pour cette constatation apporterait une précieuse
on, non seulement à la physiologie normale de l'oreille,
inement aussi à la pathologie nerveuse. Les expéri-
s ont pu constater, indirectement, les contractions du
ns des vivisections chez le chien, sous l'influence de
niliers, donnée peu compromettante, mais qui n'est
instructive.

onnement et la logique permettent heureusement de
es données anatomiques et physiques des enseigne-
fisants pour combler les lacunes de l'expérimentation.
et d'assimiler, *mutandis mutatis*, le rôle du muscle
u à celui du muscle irien, mais c'est mal comprendre
ce dernier que d'en conclure que le premier protège
ntre l'action nocive des bruits trop intenses ; bien
e exercer en quelque mesure et accessoirement un
t ordre, son rôle réel est tout autre et il est impor-
bien comprendre.

l'œil passe brusquement de la grande obscurité à la
re, il est ébloui et perçoit mal les objets ; aussitôt
ontracte, la pupille se retrécit pour *diaphragmer* la
oire oculaire. Est-ce pour protéger la rétine contre
ocive de la lumière ? assurément non, car quelques
lus tard, la rétine s'est adaptée elle-même par ses
propres, à cette lumière, et la pupille reprend sa
oyenne de repos ; son action, transitoire, avait sim-
our but de porter un secours temporaire à la fonc-
brusquemment sollicitée, de laisser à l'adaptation
plus lente à s'établir, le temps d'entrer en ligne.
nent d'ailleurs, lorsque l'œil passe brusquement de

la lumière à l'obscurité, il
objets, la pupille se dilate,
importe, pour recueillir le
serait-ce donc pour protége
l'obscurité ? Là encore, au b
irien cesse d'être utile, l'ad
son œuvre en sens inverse.

N'est-il pas évident, de pa
éprouve les mêmes besoins
passe brusquement du silen
au silence, le résultat est l
perception, d'inhibition fon
tants une adaptation aux c
Le passage, dans les deux
d'un réflexe et d'un acte mo
ou du bruit au silence, le m
irien, se contracte ou s'all
tympan au degré de tensio
actuelle du milieu sonore, p
auditive, si j'ose parler ains
où l'organe de Corti, la ré
même au changement de si

Il est remarquable de vo
sensoriel dans son essence
caractère désagréable de la
acoustiques, dépend précis
trijumeau, car c'est elle qui

IV. – Tout autre est l'a
par le facial. Tandis que,
descriptions classiques ont
cependant l'interpréter au
cle de l'étrier, elles n'ont p
celle de vérité.

On sait que le muscle de
rieure de la tête de l'étrie
tire son point d'insertion
arrière ; son tendon affecte
exactement à angle droit
marteau. Il eût été naturel
leur action sur la même ch
cer sur elle des effets différ

autonomes. On n'en répète pas moins unanimement
:le de l'étrier est simplement l'antagoniste du muscle
ı, qu'il détend le tympan alors que le second a le
.e sa tension, que l'un et l'autre agissent de même
ɜrse sur la pression du labyrinthe ; de telle sorte que
.u marteau aurait pu suffire à la tâche commune,
des ligaments pouvant remplacer efficacement son
:; de telle sorte surtout qu'il serait spécialement im-
ttendre quelque effet utile de la synergie des deux
ɔur éviter cet écueil, quelques auteurs accordent au
'étrier le pouvoir d'entraîner une inclinaison de la
l'étrier, en volet ouvert en avant, pouvoir que les
efusent, sans que, pour cela, les premiers diffèrent
dans l'interprétation de l'action du muscle sur le
chaîne et sur le tympan.

e de l'étrier ne mérite pas en réalité d'être ainsi
ɜs deux muscles accommodateurs, il est le plus
le plus nécessaire au perfectionnement de la fonction.
ce de son rôle s'accroît à mesure que la fonction se
il atteint son apogée chez l'homme, avec l'appari-
ɔarole qui exige l'analyse et la compréhension des
plus délicates des ondes sonores ; aussi voit-on chez
ɜtrier se modifier et s'affiner, l'enclume se dévelop-
.ger sa grande apophyse. bras de levier du muscle
ccupe, hors de toute proportion avec ce que l'on
ɜz les mammifères supérieurs.

ɔologie de la chaîne des osselets permet de prévoir
els de la contraction du muscle, même abstraction
ır utilité physiologique ; je dois dire cependant que
.herche de cette dernière qui m'a en réalité servi de
toute cette étude.

e de l'étrier tire l'étrier horizontalement en arrière,
rallèlement au plan de sa platine ; par suite, s'il est
'il produise sur lui un mouvement de volet, il est
l ne peut pas exercer d'action marquée sur la pres-
yrinthe ; s'il eût dû le faire, sa traction eût été diri-
liculairement au plan de la fenêtre ovale.

de l'étrier étant articulée au crochet qui termine
descendante de l'enclume, la contraction du muscle
même temps sur toute la chaîne ; il est même pro-
ette partie de son action est la plus importante, car

elle s'exerce par l'intermédiaire c
mité même de ce levier. Transmis,
ce déplacement en arrière du cr
de l'enclume a pour effet de po
manche du marteau, c'est-à-dire
moitié antérieure du tympan, en
de sa moitié postérieure.

Par là, le muscle de l'étrier est
comme le muscle du marteau, m
rente; tandis que le second règle l
brane, le premier règle les rapp
moitiés verticales, ou tout au m
supérieurs ; l'un est un *tenseur t*
rentiel. Il importe de remarquer
active se fait toujours en assurant
rieur, aucun muscle n'étant prépo
du quadrant postérieur.

Il va de soi que les deux muscles
par leurs contractions synergiques
rale du tympan est augmentée pa
temps que les quadrants sont ma
une tension différente.

Il ne reste plus maintenant qu'
de cette tension différente des deu
établir le rôle réel du muscle de l
auditive. Ce rôle n'est autre que c
dans la vision, c'est-à-dire un r
tance de la source de l'excitant,
nécessaire au bon fonctionnemen
celui de la vision.

V. — La base capitale et ess
visuelle, nul ne l'ignore, est la ca
la vision d'un objet défini, choisi
qu'elle exalte l'image de celui-ci e
celle de tous les autres tant que d
sait que l'œil réalise cette adapta
mage de l'objet à tomber exactem
grâce à une mise au point à la di
les variations de courbure du cris
le muscle ciliaire.

Rien de pareil n'a encore été re

ste que celle-ci possède au même degré les mêmes
udition élective, et bien qu'il soit évident qu'elle
pouvoir de s'adapter à une source sonore définie,
la volonté. C'est grâce à ce pouvoir que nous par-
milieu de bruits multiples, à percevoir plus nette-
ul d'entre eux, que nous choisissons à notre gré, à
r exemple, une seule personne au milieu de plusieurs
e même un seul instrument au milieu d'un orchestre.
urait se contenter, pour expliquer ce pouvoir, de
au cerveau lui-même, parce que, si toutes les images
nt ensemble en même valeur, ce mécanisme entraî-
r cet organe un gaspillage de forces que le perfec-
, des organes périphériques a précisément pour but
gner.

d motif, tout aussi impérieux, d'attribuer à l'organe
périphérique l'accommodation à la distance est
son adaptation aux conditions physiques des distan-
tes des excitants est elle-même une condition essen-
finesse et de sa puissance d'analyse. Les variations
dans l'espace constituent un facteur physique qui
son influence dans toutes les circonstances où il inter-
il s'agisse de la mise au point des appareils d'op-
e la hausse des appareils balistiques, toujours il faut
ar quelque dispositif correcteur l'utilisation d'un
areil pour des distances différentes.

le même pour les appareils récepteurs des bruits; il est
montrer en effet qu'une membrane vibrante, comme
ne peut pas être influencée d'une manière identique
uits en provenance de distances différentes, quelle
r ailleurs leur similitude. Par suite cette membrane
porter à son plus haut degré sa capacité d'analyse
que si elle est perfectionnée par un dispositif qui lui
e prendre, à chaque occasion, les conditions qui sont
vorables à l'enregistrement parfait du bruit choisi,
venant alors nécessairement moins favorables à celui
de distances différentes qui peuvent agir simultané-
lle.

n effet que l'intensité d'un bruit décroît, à mesure
ne de son point de départ, en raison inverse du carré des
par suite la décroissance d'intensité que subit un
un trajet fixe, un mètre par exemple, varie avec la

qui
secoı
perı
; da
cent
ance

facil
bran
tion
agira
il pı
nais
e. Aı
, il
re d
e en
que l
être
a d'
a pl
era
en q
prov
u'un
ultip
us cı
ntes
cha
Le p
ans l
déta
ssuré
d d
s'il é
se p
te à
nt.
galit
ne m
, est

ue de sa structure propre, bien connu, mais
›bjet jusqu'ici d'aucune tentative d'interpré-
supérieure est divisée en deux quadrants,
ieur, par un rayon osseux à peu près ver-
lu marteau ; l'union intime de cet osselet
, sur toute la longueur de ce rayon, crée à
s une certaine autonomie. Or, le diamètre
le 0,01 environ, une source sonore placée à
quadrant antérieur, sera environ à 1,005
rieur ; dans ces conditions, la perte d'inten-
quadrant à l'autre sera de 1 % environ ; à
a encore de 1 ‰. On voit par ces chiffres
ces sonores de distances différentes, mais
férence d'intensité de l'action des bruits sur
s varie dans de larges limites ; elle serait
›le pour être mesurée par des instruments
elle est assurément suffisante pour créer
ıts une différence de mouvements, suscep-
des appareils aussi délicats que le sont les
s.

› qui précède que, normalement, à l'état de
t influencé également sur ses deux quadrants,
nche du marteau, par les *bruits lointains*,
ıégalement par les *bruits rapprochés* arrivant
ıt plus inégalement que ces bruits se rappro-
Par suite les vibrations d'ensemble de la
symétriques dans le premier cas, asymétri-
; il est légitime de penser, et je reviendrai
canisme de cette action, il est légitime de
its seront mieux transmis à l'oreille interne
cas que dans le second, que leurs *formes*
tes et distinctes en cas de vibrations symé-
es et floues en cas de vibrations asymétri-
ıuscle accommodateur à la distance va être
ermes, en rendant net tel bruit rapproché
on, tout en rendant flous les bruits plus élo-
, voire même les bruits plus rapprochés que
ıement écouté. Il y parviendra en rendant
brations du tympan créées par ce dernier, et
ibrations créées par les précédents.

simple pour le muscle de l'étrier, puisque

nous avons vu plus hau
différente entre les de
quadrant antérieur et e
drant postérieur, La co
de tension est précisém
d'un même bruit sur le

On sait en effet qu'un
sonores, présente des vi
son *directe de l'intensité*
inverse du degré de te
même membrane pourr
plitude pour des bruits
pense cette inégalité d'
appropriées de tension

L'accommodation à
dans l'audition de face,
tion de côté, consiste à
rieur, plus rapproché q
la quantité précisémen
reçoit des pressions plu
second parce qu'il est p
ainsi pour la distance c
lointains détermineron
ques, puisque les pressi
les deux quadrants pro
le fait de l'inégalité de

VI. — L'explication c
siologique que les bruit
ques des deux quadra
plus nettement par l'or
des vibrations asymétr
Quelque vraisemblable
il est nécessaire d'en pc
quer le mécanisme qui
ception des bruits.

L'exposé précis de c
annoncé plus haut sur l
de la chaîne des ossel
brièvement comment je

Lorsque le tympan
ses deux quadrants, le

ormal à la membrane, et imprime à la platine de
cillations également normales sur le plan de la
des mouvements de piston purs ; la poussée exer-
ide labyrinthique affecte la direction la plus favo-
ction, la perception des formes du bruit écouté
commodation n'a pas à l'améliorer, les muscles
rents.

vibrations sont asymétriques, le manche du mar-
ment sollicité sur ses deux faces, subit un dépla-
plique ses oscillations normales à la membrane
longitudinales autour de son axe ; les mouvements
e piston de l'étrier se compliquent solidairement
secondaires, probablement de mouvements de
atifs autour de l'axe antéro-postérieur de sa
ussée exercée sur le liquide labyrinthique devient
rrégulière ; l'onde aborde défavorablement les
ennes et la perception centrale perd de sa netteté.
bruits simultanés multiples arrivent à l'oreille,
t *nettes* les images de ceux dont les éléments con-
uvent inscrits dans les *mouvements de piston purs*,
s des bruits inscrits dans les *mouvements de piston*
la mise au point réflexe, réalisée par la contrac-
r différentiel, du muscle de l'étrier, l'attention
erception du bruit qu'elle choisit, en adaptant
pteur à ses conditions particulières, c'est-à-dire
le tympan pour sa distance ; du même coup elle
uation simultanée, le *flou*, de tous les bruits con-
nus d'autres sources sonores que le premier, par
qu'elle impose à leurs images.

me automatique et simple réalise simultanément
nt les deux indications essentielles d'une accom-
distance. Il importerait de préciser encore quels
nts constitutifs des bruits dont cette accommoda-
la perception ; malheureusement ici nous avons à
l'imperfection notoire de nos connaissances en
a physique classique n'attribue aux bruits que
constitutifs, qui, en bonne analyse, se réduisent
nsité, la tonalité et le timbre. Aucun d'eux n'est
fortement par l'accommodation à la distance, et
te un des motifs qui a fait méconnaître scienti-
tistence de cette dernière.

nte
; la
mp
:ipa
ıi n
ıs d
inte
neu
s le
n'et
y
stiq
epti
t le
ıe t
ı a
hur
y a
:ula
leu
anir
te
rte
e d
une
e m
ende
le l
eur
e pu
ogie
siqu
des
qu'
ous
des
par
oo
est
des
e qu

de l'écriture, là par les articulations de la voix ; la compréhension du langage qui exige le plus l'appréciation des formes, ici pour la lecture, là de la parole ; aussi ce sont ces deux fonctions lans le sens auquel elle ressortit, utilisent au nt le besoin le plus impérieux de l'accommodaance.

de soi que l'importance des notions qui précèas se limiter à la physiologie normale de l'audins feront apparaître en temps et lieu nombre de ogiques nouvelles. Il est inutile d'insister sur ce ait prématuré de le préciser. J'ajouterai cependant que je possède déjà des faits d'observation sant, d'une part, la *presbytie auditive*, d'autre ie isolée de l'accommodation à la distance, com- des troubles auditifs jusqu'ici mal compris de 1 facial.

ation d'un procédé de mesure de l'accommodaance, substituée aux simples mesures d'acuité lles, est la condition préalable nécessaire des ser dans l'étude de ses troubles pathologiques et es. On peut prévoir qu'en les étudiant, on découtions individuelles structurales, une hypo et une ologues de la myopie et de l'hypermétropie. On ssi la découverte de moyens d'y remédier par la ettes auditives.

n différente du muscle du marteau et du muscle caractères physiologiques différents des réflexes eux assure l'exécution, permettent également de ubles isolés des deux modalités accommodatives, s troubles caractérisés par leur dissociation. Je , par exemple, sans avoir pu m'en assurer encore faute de moyens suffisants d'investigation, que, pour l'œil, le réflexe du marteau sensitif et st perdu dans le tabes, alors que le réflexe de riel et sensible à la volonté, reste au contraire

ion de *formes acoustiques*, dont la perception est bonne compréhension des *voix* et surtout de la e, impose la prévision d'un *astigmatisme auditif*, homologue visuel à des anomalies de forme et

de courbure du tymp
l'étrier. Nul doute que
puisse être troublée par
récepteur; nul doute ég
à leur tour les modalité
les races, puisque l'orei
la voix ; nul doute enco
influencées par la langu
successives, au point d'
propres à chaque langu
lations spécifiques des l
montable que présenten
étrangers, voire même
rables d'aptitude que n
les autres langues.

L'étude attentive de l
loppement de l'humanit
par les historiens des la
de toutes les disciplines

On pourrait étendre
flexions que doivent ins
borner, je ne puis cep
saluer le jour où les ana
naître la langue matern
formes de son étrier !

Essai de classificati
spermatique. — Funi
(Pyocèle

Communication à la *S*

par

Les funiculites sont l
que. Ces inflammations
deux genres comptent u
et une forme suppurée.
de plus l'hématocèle
adoptée par D. Molhère

t celle qui est admise par les auteurs français. emands ont poussé plus loin la distinction entre mes de cette maladie. On pourrait leur repro- rop ces formes les unes des autres, de sorte dent plus de points de contact. Ces distinctions t point de vue anatomique, mais elles font perdre ble si utile en clinique.

s jugé bon de reprendre cette question, c'est que a constater, par l'étude d'un cas de funiculite avons opéré, les inconvénients des deux modes n. De plus, notre cas est une forme nouvelle aiguë suppurée du cordon, la funiculite micro- fection interne par voie sanguine ou lymphati- cas particulier, une *funiculite aiguë suppurée à*

I

ermatique se compose de parties diverses ayant nction spéciale. L'inflammation revêtira des fférents suivant l'organe dans lequel elle aura nt, en réalité des maladies de genres différents : est pas une unité pathologique.

propre à chaque maladie lui est imprimé beau- e trouble des fonctions de l'organe lésé que par maladie elle-même. Cette cause peut être simple, ions dans lesquelles son action s'exerce sont tou- bes. De cette diversité naissent les différents as- ladie : c'est pour cela que la base d'une bonne osologique est la base anatomo-pathologique.

is en quelques mots la structure du cordon sper- léments qui le constituent sont le canal déférent, rmatique, déférentielle et funiculaire, le plexus et les veines déférentielles, des vaisseaux lym- nerfs provenant du sympathique (plexus sper- exus déférentiel) et du plexus lombaire et des ires lisses (cremaster interne de Henle) restes du testis. Ces diverses parties sont réunies par du plus lâche à l'intérieur, plus condensé à la pé- constitue une gaîne décrite par Cousin sous le fibreuse du cordon.

es éléments normaux du cordon spermatique. A

II

sé de la structure du cordon montre que celui-ci se éléments d'importance et surtout d'indépendance Quelques-uns d'entre eux — ce sont les éléments - n'ont pas grande individualité. Ils aboutissent à ganes avec lesquels ils se trouvent dans une étroite point de vue pathologique, et ils participent aux ui atteignent primitivement ces organes. C'est en le cas du canal déférent, dont les lésions primitives ont fort rares. Quant aux vaisseaux sanguins, les iculièrement, leur inflammation n'est pas démontrée d'infection qui accompagnaient souvent les opéra- ricocèle avant l'emploi de l'antisepsie. Par contre, ons kystiques, vestiges de la période embryonnaire, s sacculaires jouissent d'une plus grande autonomie. mation isolée et primitive se produira plus aisément es divers canaux du cordon spermatique. Cependant ganes réunis dans une gaine commune, recevant leur leur innervation des mêmes sources, ayant les mê- l'élimination, se trouvent dans une certaine dépen- ns vis-à-vis des autres, dépendance de laquelle il aucune de ces parties ne pourra être lésée sans que ement ne s'en fasse sentir, légèrement il est vrai, es cas, sur le voisinage tout entier.

nsidérations il découle à priori qu'il y a lieu d'ad- x espèces d'inflammations du cordon au point de vue e de la lésion, des *inflammations diffuses* et des *in- ns localisées*. Les premières, qui intéressent l'ensem- on, siègent dans les organes normaux de ce tractus. es intéressent les résidus embryonnaires; elles cons- roupe des hydrocèles du cordon spermatique. Il faut inflammation isolée du canal déférent.

formes peuvent être aiguës ou chroniques, séreuses, ques ou suppurées. La forme plastique n'est en une inflammation séreuse diffuse, un œdème du cor- e actif dans la forme aiguë, œdème passif dans la nique.

de vue de leur apparition, on peut avoir des inflam- imitives et des inflammations secondaires. Leurs

ses ne sont pas
ıumatismes et à divers facteurs que nous examinerons au
rs de ce travail ; les secondes sont des inflammations cc
ıes dont la cause est la même que celle de la maladie
ive.
ıes inflammations du cordon spermatique peuvent se ra
ıs le tableau ci-contre.
Ious voulons dire quelques mots de ces diverses formes a
tudier plus spécialement la forme nouvelle qui fait l'o
cial de notre communication.

A) Funiculites diffuses.

° Funiculites diffuses primitives. — *a) Funiculites aig*
te forme ne reconnaît guère qu'une seule cause, le *trau*
ıe. Celui-ci peut être simple, tel un coup porté sur les t
ıts sans lésion de ceux-ci. Dans ce cas la maladie sera l
à un œdème aigu du cordon.
i le traumatisme a été plus violent et a causé des rupt
culaires, il se fera une hémorragie dans les mailles du t
jonctif, hémorragie qui constituera l'hématocèle diffuse
lon spermatique.
uand l'infection complique le traumatisme, le cordon
purer dans sa totalité. Cette forme est en réalité un *ph*
du cordon. Elle s'observait fréquemment dans la pér
antiseptique, comme complication des cures radicales
nies, des incisions d'hydrocèles et des opérations de var
s. A l'heure actuelle le phlegmon du cordon s'observe r
ıt. On ne constate, à la suite des opérations, qu'un épai
ent avec induration du cordon, la *colonne charnue* de Lu
ıpionnière.
a funiculite aiguë de nature blennorragique est très
uente.
Funiculite chronique. C'est en réalité un œdème par s
cordon spermatique. Elle a été décrite par Pott. Elle e
séquence de l'action de toute cause qui entrave la circ
veineuse : tumeurs de l'aine, de la fosse iliaque, etc
prement parler, ce n'est pas une inflammation, mais pl
hydropisie.
° Funiculites diffuses secondaires. — *a) Funiculite ai*

- **Funiculites**
  - **diffuses** .....
    - **primitives**
      - **aiguës**
        - traumatiques
          - av. infection
            - hémorragiques — Hématocèle diffuse du cordon
            - suppurées — Phlegmon suppuré du cordon
        - infectieuses rares : blennorragie
      - **chroniques**
        - par compression des vaisseaux. . . . . — Oedème passif du cordon
    - **secondaires**
      - **aiguës**
        - descendantes suite d'épididymite, etc.
        - ascendantes suite de prostatite, de vésiculite
      - **chroniques** — descendantes du testicule — tuberculose
  - **localisées**
    - **au canal déférent**
      - **secondaires**
        - aiguës — consécutives aux affections de l'épididyme
        - chroniques — consécutives aux affections de l'épididyme
    - **aux résidus péritonéo-vaginaux**
      - **primitives**
        - aiguës
          - séreuses. . . . . — Hydrocèle aiguë du cordon
          - suppurées
            - suite d'infection externe
            - *suite d'infection interne hématogène*
            - — Pyocèle aiguë du cordon
        - chroniques
          - séreuses. . . . . — Hydrocèle enkystée du cordon
          - hémorragiques. . . . . — Hématocèle localisée du cordon

Celle-ci pe
effet aux é
des vésicul
blennorrag
l'impaludis
cher, etc.

Il est ra
a vu une
blennorrag

b) Funic
se limite à
tique. Cet
question c
étude.

Nous n'a
déférent. I
certain deg
est indépe
l'épididym
partie pos
lèvent des

Funicul.
On ne con

Déféren
formes ne
quelquefois
dimensions
sible à la p

[1] Ces deux
uns y voient
siologique. F
vice-versa. I
mes ont l'ac
départ et l'in
le cas dans l
plus exact d'
testicule ver
qui se propa
poserions vo
etant consid
mes n'auraie

ILITES LOCALISÉES AUX RÉSIDUS PÉRITONÉO-VAGINAUX.

iculites primitives. a) Funiculites aiguës. Elles sont ou suppurées. La forme séreuse constitue l'hydrocèle cordon *(perispermatitis[1] acuta* ou *hydrocele acuta fu-rmatici* des Allemands). Cette forme sera étudiée à t diagnostic différentiel, dans la seconde partie de vail.

ne suppurée décrite jusqu'ici est le résultat d'une in-terne. *Notre cas est le premier où la démonstration est e funiculite localisée aiguë suppurée, consécutive à une l'origine interne.* C'est cette forme que nous étudions l'après l'observation que nous en avons faite.

culites chroniques. Elles sont séreuses ou hémorragi- premières constituent l'hydrocèle enkystée du cor- t le chapitre le plus étudié et le mieux connu de toute gie du cordon spermatique. Il suffira de le men-

t de même de la forme hémorragique. Nous la citons ompléter le tableau. Nous n'avons pas eu l'occasion ver, et notre étude n'en demande pas plus que la sim-on.

III

lons aborder maintenant l'étude spéciale de la forme ivé nos recherches. Nous donnerons d'abord l'histoire malade et nous en tirerons les enseignements qu'elle , au point de vue clinique et anatomo-pathologique.

4 ans, est atteint d'albuminurie chronique constatée pour la is en mars 1899. Cette albuminurie est actuellement réduite à m (traces par le réactif picrocitrique), grâce au traitement teux et au régime strictement observé. M. X n'a jamais eu de énériennes.

nes de *spermatite* et de *périspermatite* sont impropres au sens ue : il n'y a pas d'inflammation du sperme. On peut les admet- abréviations. Remarquons toutefois que le terme de périsper- iqué à l'hydrocèle aiguë du cordon est inexact, il n'y a pas ici tion périfuniculaire.

e de l'hydrocèle aiguë, telle que nous l'exposerons plus loin, per- ter de sa nature inflammatoire. C'est pourquoi, il vaut mieux, à , ne conserver que cette dernière appellation, qui est assez pré- ésigner la maladie et assez vague pour ne contredire aucune tiologique.

Le 24 octobre 1899, dans l'ap
soin d'uriner qu'il ne peut s
l'urine, dès qu'elle peut se faire
male, mais la sensation doulou
M. X. éprouve une douleur vio
l'oblige à se courber en deux et
chez lui.

Le lendemain la douleur e
constate un ballonnement génér
dans le flanc droit. Les symptô
température qui est de 36,7° —
d'appendicite. Le malade est tré
45 grammes d'huile de ricin et

Le 26 octobre l'état est le mé
ture axillaire, mais le thermom
tin et 38,4° le soir. La purgat
lavements avec une solution d
abondante évacuation de matièr

Le 27, il apparaît une tuméfa
de l'anneau externe Cette tum
douloureuse à la pression. El
sion, ni expansible, ni fluctuan

Je vois le malade à ce mon
Jeanneret. La palpation de la fo
cette région est sonore à la per
ment. Actuellement le maximu
pli de l'aine, au niveau du traje
apparition. Le cordon et le tes
constate rien de particulier par
lavements à l'ichtyol ; pas de g
Le diagnostic auquel nous nous
glée, hernie épiploïque, à caus
troubles généraux graves. Le I
son enfance, croit se rappeler q
pour une hernie inguinale droi
Cependant le peu de dépression
tion normale du timbre de sa v
mode d'apparition de la tumeur
diagnostic, et à le préciser plus

Dans la nuit du 27 au 28 oct
gaz. L'état local reste stationna
s'amendent de plus en plus pou
dans les jours qui suivent Le
vient sensible, sans modificatio
plus volumineux et plus sensib

Est-elle de nature rhumatismale ou goutteuse ? Le fait est pos-
é sa rareté et l'absence de manifestations antérieures de ces
ez M. X. Nous instituons un traitement approprié, parti-
s applications locales de salicylate de méthyle.
ments ayant démontré la perméabilité du tube digestif, nous
as, après administration d'un lavement évacuateur peu effi-
prendre à notre malade, le 31 octobre, 40 grammes d'huile
tte purgation provoque une débâcle sérieuse, mais sans causer
des douleurs.
e la purgation le malade est abattu, la région inguinale est un
nsible, la température axillaire qui jusque-là ascendait à 36,7°
te à 37,6° et il semble que le tissu adipeux inguinal s'œdé-
ment.
dômes s'accusent plus nettement le lendemain; les signes de
sont certains. Aussi l'opération est-elle décidée pour le
.
: Narcose à l'éther par le Dr Gilbert; assistant, le Dr Jeanne-
une incision de 6 cm parallèle au pli de l'aine. Le tissu cellu-
é, nous arrivons sur un boudin allongé, gros comme deux
couleur brun foncé chocolat, *sonore à la percussion*. (Le
et avait constaté cette sonorité les jours précédents, mais
admis une sonorité de voisinage.) On procède à son incision
couche, lorsque la sonde cannelée ouvre cette paroi tendue.
il s'échappe des gaz à odeur fécale et un pus épais, verdâtre,
leur. On agrandit l'orifice et on constate que la poche n'a pas
avec la fosse iliaque, mais présente un petit diverticule dans
du cordon. Le diagnostic de funiculite est donc exact. Les
recouvertes d'une masse crémeuse, épaisse, de couleur choco-
fond se trouvent les éléments vasculaires du cordon et le ca-
t. La poche est détergée avec des tampons imbibés d'une
sublimé à 1 °/₀₀. Drainage par deux drains; deux points
rcourcissent l'incision des téguments. Pansement antiseptique.
opératoires sont des plus simples. Le malade guérit sans fiè-
complications.
actériologique du pus : Colibacille à l'état pur. A peine les
paraissent-elles qu'elles produisent dans les tubes d'agar une
tité de bulles de gaz. Le bouillon ensemencé prend rapide-
r fécale du pus à l'ouverture de l'abcès. Toutes les réactions
le (indol, fermentation du lactose etc.) sont très caractéristiques.

bservation montre l'importance pratique du diagnos-
uniculite aiguë. Le même diagnostic différentiel s'im-
présence de la forme séreuse et de la forme suppurée,
pouvant dériver de celle-là, l'étude des deux formes
re simultanément.

: carac
que ap
e faib
cavités
mécan
, il se
lrocèle
ocher a
, des ir
es sém
ıant à
lle se
taném
tion e
: biblic
ı *peris*
d'aute
ans un
rentite
escend
usin a
es caus
e parti
par a
reillon
qu'il ı
ıcun d
e de ca
à des a
uine o
sembla
: génit.
proven
, une c

ous avo
rdon so
e 26 an
ouleur
le comm
ıernie, e
jours ap
ıi rien c

le, une constipation opiniâtre notée dans tous les cas
on d'origine intestinale par cet agent pathogène.
, donc, à côté des formes décrites de suppuration loca-
cordon spermatique, ajouter une *forme nouvelle*, la funi-
calisée *primitive microbienne, d'origine interne* et spécia-
a funiculite à colibacilles. Cette forme pouvant débuter
ment, sans hydrocèle préexistante, nous proposons de la
er *pyocèle aiguë localisée du cordon spermatique.*
funiculite débute brusquement, comme l'hydrocèle
. cordon. C'est ce qui s'est produit dans notre cas : la
ue le malade a eue dans son enfance était probable-
kyste du cordon, qui avait disparu depuis longtemps,
e en avait même perdu le souvenir. La pénétration du
le dans cet espace clos y a fait apparaître en fort peu
s un exsudat purulent. Ce fait est conforme au mode de
ement du colibacille dans un espace clos : les symp-
caux sont alors très bruyants et la virulence du microbe
ès exaltée.
de d'apparition de la maladie explique les erreurs de
ic qui peuvent en être la conséquence. Ces erreurs ont
uentes et c'est surtout avec la hernie étranglée que
ection a été confondue. Si les auteurs ne font pas de
ic différentiel d'avec l'appendicite, c'est probablement
'au moment où ils étudiaient la funiculite, la clinique
issait pas encore l'appendicite d'une manière précise.
asque apparition dans l'aine d'une tumeur avec dou-
lentes spontanées et provoquées fait penser immédiate-
ne hernie étranglée. Ce diagnostic est d'autant plus
le, lorsque l'apparition de la tumeur s'accompagne de
nents et de modifications graves de l'état général :
dominal, pouls filant, tendance au collapsus, mais dans
ilite, ces symptômes cèdent assez rapidement sans
tion opératoire.
ment, il est possible, dans quelques cas, de délimiter la
périeure de la tumeur et d'établir son indépendance
inguinal, mais ce signe fait souvent défaut, et, tout
aire, la présence du pédicule qui rattache le kyste au
, pédicule qui participe aussi au processus, induit faci-
n erreur. La mobilité de la tumeur aide quelquefois au
ic. L'expansion à la toux et la réductibilité ne peuvent
l'indications. La percussion révèle dans le cas d'abcès

gazeux, une sono
étranglee, sauf s
général indique.

La palpation, la
en rien étayer le c

Si l'âge peut fo
ont souvent des h
nies étranglées, cl
une erreur de dia

La fluctuation
sion des parois et
perception très di

Reste la transp
qu'il y a hydrocèl
rence n'est pas co
dans les collectio

Dans notre cas
doute la possibilit
un malade éprouv
la hernie au débu
n'apparaissant qu
général relativem
constatée du tub
étranglée, même

Par contre, cet
l'aine, à la suite d
particulièrement l
plus intense au pc
abord, faire pens
appendiculaire. C
hâtive et l'état gé
duit. Cette fusée
donc pas le cordo
péritonéo-vaginau
pénètrera non dar
cule (parois scrot
de ce genre que n
bert nous a permi
le cas actuel la pc
débâcle qui a suiv
de laquelle la foss

t là qu'une obstruction par les matières fécales. En
mps, la concentration de tous les symptômes dans la
guinale attirait de plus en plus l'attention vers une
du cordon. Ce diagnostic avait le défaut d'être un peu
nais cependant il restait le seul admissible de tous

s-nous à faire à une funiculite rhumatismale ou gout-
l était bien difficile de le dire. M. X. n'est ni rhumati-
outteux avéré, aussi le traitement dirigé contre ces dia-
esta-t-il sans effet. Cependant la situation durait et
inquiétante par son incertitude lorsque, heureusement
dire, les signes de la suppuration permirent d'interve-
tant un terme aux souffrances du malade et à l'anxiété
édecins.
avons admis que la suppuration s'est produite dans un
. cordon. Il faut revenir sur ce point. Le malade a-t-il
d'une hernie dans son enfance ou d'une hydrocèle du
La question est difficile à résoudre. Cependant cer-
ts ne permettent pas d'éliminer absolument le diagnos-
kyste sacculaire. Tous les auteurs sont unanimes à
e que dans le kyste inguinal, il persiste toujours une
ication avec la cavité péritonéale ; Kocher nous dit le
elle joue dans la production de l'hydrocèle aiguë du cor-
r cette communication est bien dangereuse en cas d'in-
lu kyste. L'inflammation sera-t-elle assez intense pour
le trajet avant le passage du colibacille. Cela est fort
able. Par contre, un kyste sacculaire oblitéré depuis
vingt-cinq ans, n'a plus de relations avec la grande
il peut s'enflammer sans risques de complications loin-
'hypothèse d'inflammation d'un résidu de sac herniaire
rait l'absence de symptômes péritonéaux, tout en sau-
nt la réputation scientifique du confrère qui ordonna
port d'un bandage à l'enfant.
onostic de la maladie est sérieux. Le voisinage du péri-
facilité avec laquelle des fusées peuvent gagner le long
ou les faces latérales de la vessie et causer un phlegmon
bassin le montrent suffisamment.
au *traitement*, il variera suivant la nature de la mala-
ns l'hydrocèle aiguë séreuse, les phénomènes graves

plus haut notre cas, page 762, note.

leme
luti
u'à
nte
ls n
ive
nter
re p
quin
devi
ts, l'
tran
cons
le a
cal
ès n
exc
icisi
oser
res
t le
n es
osé
clas
dre
vre

Jou
ameu
amm
l. Ar

Kra
tillr
-A.
des
tecu
coll
r l'h
es m

ise o

ı des vibrations manuelles sur les inflammations aiguës ou subaiguës du péritoine.

:ation à la *Société médicale de Genève* le 2 novembre 1904
ociété médicale de la Suisse romande le 3 novembre 1904

Par le Dr M. Bourcart.

Avec Planches VIII à XIV.

Messieurs,

nneur de vous transmettre brièvement les résultats tenus dans plusieurs cas de périthyphlites aiguës et et de pelvipéritonites aiguës et subaiguës au moyen *ns manuelles* selon mon procédé qui sera décrit plus

ement, qui au début était uniquement destiné à cal-uleurs abdominales violentes de la péritonite, a dès ıené les résultats suivants qui m'ont paru suffisam-'essants pour me permettre de les soumettre à votre on :

ıalades atteintes depuis plusieurs jours de pelvipérito-ndant à tout le bas ventre, présentant un bouclier ıé de la paroi abdominale, avec fièvre vespérale s'éle-les cas aigüs toujours au-dessus de 39°, malades qu eurs cas avaient été préalablement soumises pendant jours aux différents traitements classiques, après pendant un quart-d'heure à une demi-heure une ou ces d'application sur le bas-ventre et dans la région ique de vibrations manuelles, ont présenté au bout de ıeures un brusque abaissement de la température qui scendre jusqu'à 36°,2 le matin, et ne remonter que le soir au-dessus de 37,5°, puis devenir absolument s jours suivants, avec la continuation du traitement.

ons en outre constaté :

es douleurs péritonitiques les plus vives se calment ıt.

se produit une diurèse abondante ;

ıe pouls, petit et rapide, devient plus lent et plus

5° Que le ballonnement du vent
pent facilement, le bouclier péritoi
6° Peu à peu la langue saburrale
revenir, le malade a faim ;
7° Le sommeil revient naturellei
8° Les vomissements, les maux
supprimés.

En continuant le traitement, q
séances par jour d'une durée de 2(
9° Les selles naturelles se produ
10° L'entérocolite, s'il y en a, di
11° L'alimentation substantielle
sans inconvénients, avec la pruden
spéciale du malade ;
12° Si l'on accentue le traitemen
ture *vespérale* être plus basse que
13° Tous les organes reprennent
14° L'infiltration inflammatoire
tre devient indolore et permet l
massothérapique un peu plus én
jours extérieur.

Le phénomène le plus surprenant est ici la *chute brusque de la température* et le rétablissement rapide du malade même gravement atteint. Ainsi dans trois cas de périty phlite aiguë, avec tuméfaction nettement circonscrite et infiltration de la fosse iliaque, la fièvre est tombée dans les vingt-quatre heures, les malades ont guéri dans un temps très court ; il n'y a pas eu lieu d'intervenir plus tard opératoirement à froid, les malades n'ayant jamais eu de rechute et s'étant opposés à toute intervention, le traitement ayant été continué jusqu'au moment où, la fosse iliaque étant redevenue parfaitement libre, on pouvait considérer l'intestin comme redevenu absolument norma'

Ont été traités par ce procédé :

Trois cas de *périty phlite aiguë* (voir pl. VIII, IX, X), de *périty phlite subaiguë* (v. pl. XI, XII, XIII, XIV).

Les trois cas aigus ont été amenés à ma clinique dans grave et soumis pendant un temps relativement court a tement expectatif classique, sans résultat appréciable deux cas une intervention opératoire avait failli se produ

Dans le cas subaigü qui datait, de cinq semaines, le

18 19

Exeat le 20 guérie. Pas revue depuis.

en convalescence présentait encore à son arrivée 38,4° le soir, du ballonnement, la peau sèche, un bouclier péritonéal encore manifeste, une déviation de la colonne vertébrale du côté malade, un amaigrissement marqué.

Aucun de ces malades n'a présenté de rechute, et n'a voulu se laisser opérer à froid une fois rétabli. Le traitement n'a jamais été fait de parti-pris, mais seulement dans le but de supprimer ou de raccourcir la période aiguë.

Six cas de *péritonites* ou *pelvipéritonites* aiguës ou subaiguës.

Trois de ces malades avaient été amenées à ma clinique dans les trois à six semaines qui avaient suivi leur accouchement dans un état d'infection et d'intoxication graves, avec infiltration des parois pelviennes et du bas-ventre, langue sèche, fièvre intense, douleurs très violentes, diarrhée ou constipation, etc., etc.

Une autre malade était atteinte de péritonite aiguë, due à la pénétration dans le péritoine du pus d'une ancienne salpingite à la suite d'une chute. Cette malade présentait une infiltration en carton de tout le bassin et des parois abdominales inférieures, fièvre violente, ballonnement intense, dysurie, etc., etc.

Deux autres cas enfin, survenus l'un à la suite d'une indigestion, avec étranglement interne, l'autre après une laparotomie pour enlèvement d'une tumeur fibreuse, la malade présentait une atonie absolue de l'intestin (voyez comme exemple les planches VIII à XIV).

[Je ne ferai que mentionner pour mémoire, cinq cas d'étranglement interne aigus, que j'ai traités par le même procédé, et qui *tous* ont guéri après une ou deux séances de vibrations manuelles d'une demi-heure à une heure, alors que tout était prêt à la salle d'opération ou chez eux pour les opérer; ceci seulement pour indiquer l'action puissante et déjà connue de la vibration sur le péristaltisme intestinal. L'un de ces cas est celui d'un médecin bien connu, atteint d'étranglement interne aigu au niveau d'un rétrécissement et qui présentait depuis plusieurs heures avant mon arrivée des vomissements fécaloïdes et un état très grave. Au bout d'une heure de vibrations manuelles, le cours était rétabli et le malade évacuait cinq litres de matières, composées principalement de graines de lin ingérées et de liquide. Le rétrécissement, qui était cicatriciel, consécutif à un ancien ulcère typhique, existait au niveau de la partie moyenne du cœcum et ne laissait subsister qu'une lumière de sept à huit millimètres de diamètre. Ce

.lade une f
r le prof. l
e ; il a con
Quelle act
elles ? Nou
1° Elles ex
ériels et veineux de la cavité abdominale : *a*) sur les artères
r l'action excitatrice réflexe des centres vaso-moteurs abdo-
naux ; *b*) sur les veines viscérales en activant le passage du
ıg de la veine porte vers et à travers le foie ;
2° Elles *activent la résorbtion* de l'infiltration inflamma-
re, par l'augmentation de la circulation veineuse et lym-
thique ;
3° Elles favorisent le *travail antitoxique du foie* et l'*élimina-
n par le rein* ;
4° Elles exercent sur la *phagocytose* une action excitatrice qui
est pas encore très bien établie (action de l'émission nerveuse
r les centres sympathiques abdominaux, rayons N [?].)

*Les vibrations manuelles résultent d'une trépidation extrême-
nt rapide et subtile transmise du groupe musculaire de l'épaule
a main par l'intermédiaire du bras tendu* ; elles doivent, pour
e bien faites, pouvoir être exécutées sans repos pendant la
rée d'une heure au besoin, sans qu'il y ait fatigue de la part
l'opérateur.
On doit à peine voir remuer la main, et cependant elles doi-
nt être ressenties à une grande profondeur.
Ces vibrations ne doivent pas être obtenues, comme c'est le
ı généralement, par la tétanisation des muscles de l'avant-
ıs et du bras. elles sont alors mauvaises et du reste extrême-
nt fatiguantes.
Le bras doit rester souple ; la main présente une sorte de
ıuvement analogue à la trémulation fibrillaire d'un cœur
lectrocuté.
L'exécution du mouvement est faite la main doucement appli-
ée sur le bas ventre les doigts arrondis, ou sur les côté
ıs le foie les doigts tendus (vibration sous-hépatique).
ession de la main doit être très légère ; le sens de la vibra
direction antéro-postérieure, rarement transversale.
rouvera du reste tous les détails relatifs au massage du
et à ces manipulations spéciales dans notre ouvrage inti

Le Ventre écrit en collaboration avec le Dr F. Paris[1].

Les séances ont une durée de vingt à vingt-c elles doivent faire éprouver au malade une sensati ne jamais le faire souffrir. Je suis absolument o moyen *vibratoire mécanique,* qui n'a qu'une resse vague avec la vibration manuelle et est trop aveug

La vibration manuelle ne devra jamais être appli un chirurgien ayant une connaissance très appr cavité abdominale. *Jamais* ces manipulations ne laissées entre les mains des profanes.

Messieurs, je me suis permis de soumettre à vo tion ces quelques faits qui paraissent surprenant résultats et plutôt contraires de ce qu'on penser produire en pareil cas. On m'a demandé si par m tions, je n'avais pas amené la perforation d'un ab testin, ou simplement la suppression d'une ancie tion. Jamais je n'ai trouvé de pus dans les selles, coup d'œil jeté sur les notes qui accompagnent de température ci-jointes, montrent l'impossibi objection.

Du reste la défervescence, chose intéressante, *notre volonté*, c'est-à-dire *à partir du jour où nou mencé le traitement spécial.*

Les explications de ces phénomènes ne sont pa claires à nos yeux, si ce n'est par la puissante genre de massage sur la circulation de la cavité al le rétablissement de son équilibre fonctionnel, act avait déjà été révélée dans le diabète sucré, où j' du sucre tomber en moins de quinze jours de 55 litre à zéro, ou dans la cirrhose du foie, où l'obsta était rapidement diminué et l'hypertension porte abaissée.

On nous reprochera peut-être le *danger* que p publication d'un traitement aussi « avancé »; je qu'il y ait là un inconvénient suffisant pour per traiter de trop audacieux. Il a besoin d'être en

[1] Bourcart et F. Cautru. Le Ventre, étude anatomiqu massage de la cavité abdominale. Genève et Paris, Kundig

longuement et mis au point par la clinique, et surtout de n'être exécuté que par des médecins qui y soient entrainés.

Bien fait, *il n'offre pas de danger*, les manipulations, surtout dans le début. ne devant être exécutées qu'avec une douceur et une précaution infinies, et ne devant être en somme qu'un traitement *expectatif* ou *préparatoire* à l'opération dans certains cas. Et si vraiment on arrive ainsi à éviter la formation de la suppuration, ce sera déjà un grand service rendu. Les faits se sont répétés trop exactement pour ne pas exister pour une raison ou pour une autre, qu'il reste il est vrai à éclaircir, mais que nous appellerons surtout *antitoxique* et *mécanique*.

Bacille de Lœffler dans l'eau potable.

par Frédéric Seiler, prof. et W. de Stoutz, bactériologue.

(*Travail du Laboratoire de bactériologie du service sanitaire, Lausanne*)

Avec Planche XV.

Dans deux communications précédentes[1], nous avons rendu compte des expériences faites par nous pour établir les transformations que subit le bacille diphtéritique par suite de son séjour dans l'eau. Nous avons démontré que ce bacille se conserve des mois dans l'eau distillée, et que cette dernière, après un long espace de temps, peut donner des cultures virulentes du bacille diphtéritique. De là à démontrer que le bacille diphtéritique peut se trouver dans les eaux potables, il n'y avait qu'un pas à franchir, mais il fallait l'occasion d'en faire la constatation formelle. Cette occasion vient de nous être fournie tout récemment, par un pur hasard.

Ayant à analyser une eau de source, nous en préparâmes une culture dans du bouillon de viande concentré, à l'aide de 35 cc d'eau. Au bout de 24 heures de séjour à l'étuve, le bouillon, complètement trouble, fut soumis à l'examen microscopique. En faisant attentivement l'examen, des bacilles colorés au violet de gentiane, nous avons remarqué que plusieurs images microscopiques présentaient, parmi les nombreuses

[1] Voyez *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1904 nos 3 et 7.

Prof. F. Seiler et W. de Stoutz, bact.

formes de microbes, certaines figures rappelant si l'aspect du bacille de Löffler. Ces images microscop entre elles beaucoup de ressemblance. Nous av par le dessin (voir pl. XV, fig. 1) l'une des plus ques. On remarquera facilement les formes en flexe, ainsi que les figures en navettes de quelque lés. A côté de cela, l'image représente de nomb d'autres espèces.

Intrigués par la présence de ces formes do avons ensemencé sur sérum quelques gouttes de l' et, au bout de 12 heures d'étuves à 38°, nous eû faction de voir se développer des cultures ayan l'aspect de celles du bacille de Löffler. Des prépa faites avec ces cultures ; elles donnèrent des image nettes du bacille de Löffler pur, de dimensions n fig. 2 représente l'une de ces préparations. On pe cre que l'on est bien en présence du bacille de Lö

Ajoutons que nous avons soumis ce bacille à to tions spéciales au bacille de Löffler, et qu'il les a nues victorieusement.

Une culture sur agar fut ensuite ensemencée a obtenu sur sérum. Elle donna lieu à un grand de de cultures caractéristiques du Löffler, et l'imag que fut encore plus nette qu'avec la culture s fig. 3 de la planche représente l'une de ces images

Restait à prouver la spécificité réelle du baci Pour cela nous avons repiqué sur agar la cultur dernier ressort et finalement ensemencé dans le l maintenu à l'air la culture au bouillon pour favo loppement des toxines. Un cobaye neuf, en très fut inoculé à l'aine avec 1 cc de bouillon. Dans qui suivirent l'inoculation le cobaye mourut, pr les syptômes de l'infection aiguë. Ce fait démontr du bacille retrouvé, en même temps qu'il confirm

De cette expérience, nous concluons que le bacil térie se retrouve dans l'eau potable et qu'il y com lence, ainsi que nous l'avons prouvé auparavant.

A propos de cette étonnante vitalité du bacill nous avons constaté que ces jours derniers, soit mois après l'ensemencement, l'eau que nous avion a donné en 12 heures des cultures très nettes. En

t que
que l
les, t
que
ci m
a ce
lies
holog
e et

e ce
t sœ
simil
de l
autos
lades
cteur
lui-ci
n d'
pas
, il
ions
ni rev
e n'e
tre o

ans
rouve
et le
affisa
plus
oson
ndan
nces
ie n
édité
état
rme
nis à
encou
eurs
, gén
class
se, to
sépa

nerv
nde,
évrop

pique alors légèrement les paupières avec toutes les pointes ui tombent sous la main. Plus la pointe est acérée plus ait est invincible. C'est comme s'il avait besoin de se con-re, que l'objet aigu ne lui fera pas de mal. Des douleurs les aux yeux et aux sourcils accompagnent la vue ou même ule idée d'une chose pointue. La chasse sous bois, à cause buissons épineux menaçant continuellement les yeux, lui arfois intolérable. Cette phobie se manifeste par crises de ques heures à quelques jours, survenant chaque fois qu'il éprimé par un ennui, un travail excessif. Dans l'intervalle rises, il n'a qu'à penser à ses craintes, à être interrogé à ce propos, pour que le symptôme réapparaisse.

Tout celà ne l'a pas empêché de faire ses études de droit et de travailler maintenant chez un notaire.

Le second frère, B. X., est âgé de 22 ans. Il est pris entre 18 et 21 ans d'une forte crise de neurasthénie causée par une préparation d'examen et des ennuis intimes. Il avait alors des idées noires et une complète incapacité de travail, mais à aucun moment de symptômes rappelant l'aichmophobie. Il est maintenant guéri.

Le cadet, C X., âgé de 21 ans, a uriné au lit jusqu'à 14 ans. A 17 ans il ressent pour la première fois de la crainte pour les pointes. Depuis lors il présente comme son frère aîné des paroxysmes, et n'est jamais complètement exempt de malaises à la vue d'épingles, de couteaux pointus, de becs de plume etc., surtout dirigés contre lui ou seulement quand il songe qu'ils pourraient être dirigés contre lui. Il en éprouve, outre de l'angoisse, des douleurs oculaires et une sensation de constriction frontale. Il coupe ses porte-plumes pour pouvoir écrire sans désagréments.

Récemment, l'aîné qui n'avait jamais parlé auparavant de sa phobie remarque cette particularité des porte-plumes de son cadet. Il l'interroge et apprend qu'il souffre depuis plus de trois ans du même symptôme que lui. C'est alors seulement qu'ils en parlent à leurs parents, et quelque temps après au médecin.

J'ajouterai que A. et C. ont beaucoup de similitudes de tempérament et de goût, tandis que B. est tout-à-fait différent d'eux à ce point de vue.

Cette observation est encore intéressante parce qu'elle oppose fort bien dans une même famille, deux formes de neurasthénie : 1° chez le second frère la maladie de Beard acquise, causée par des soucis et des fatigues, présentant une symptomatologie relativement simple et toujours la même, guérissable par le repos ; 2° chez l'aîné et le cadet la neurasthénie congénitale, en réalité une dégénérescence mentale durant autant que l'individu, pouvant s'améliorer, mais non guérir, en général très variable dans ses manifestations selon les individus qui en sont atteints.

:IÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE
DE LA SUISSE ROMAN

Seance du 19 mai 1904 à la Maternité

Présidence de M. M. Mure

M. Koenig lit un rapport sur la *dilatation art trique* (voir p. 595).

M. Rossier recommande la dilatation digitale résultats; il commence par introduire un doigt qu arrive le plus souvent à franchir l'orifice interne tion obtenue, il fait un tamponnement à la gaze lant un peu les membranes. Il trouve que M. d dans les indications de l'emploi de son dilatateu range complètement aux idées de la Clinique de (

M. Muret présente l'instrument de de Seigne lequel ce dilatateur lui a rendu un grand service. pare, âgée de 42 ans, chez laquelle la dilatation faisait pas d'une façon normale. Il a obtenu une pouvoir appliquer le forceps, quoique le col n effacé.

M. Andreae : Un médecin qui dans le but d'a normal provoquerait par l'emploi de tel instrum telle, pourrait être justifiable des tribunaux.

Séance du 7 juillet 1904 à la Materni

Présidence de M. M. Mure

M. Jentzer désire savoir à quel degré de dil chez la parturiente dont M. Muret a parle dans l

M. Muret : Il s'agissait d'une primipare âgée était effacé, l'orifice externe à peine perméable, il n'y avait aucun changement, l'orifice externe procède à la dilatation avec le dilatateur de de S les branches N° II. L'orifice se dilata sans déch d'une pièce de 5 francs ; la femme avait envie d alors des branches plus fortes qui provoquèren la tête se trouvait dans la partie supérieure de l est enleve et la tête s'engage s'engage à 3 h., les la tête reste très élevee, les bruits du cœur fœta tation est assez prononcee pour appliquer entre ceps. Enfant vivant, pas de dechirure du col de Seigneux a permis de dilater jusqu'à un cert chez une vieille primipare pendant le travail.

ZER ne peut pas admettre qu
de l'extraction du fœtus, ca
constriction au niveau du co
ı de la tête. Il fut appelé ı
n confrère avait fait l'extra
ınt dilaté. Dans les cas de g
succéder l'extraction à la
ɔnfant pour sauver la mère.
gide ; M. Jentzer ajoute qu
ɔdemment, il s'agissait d'écl
ɔés estime qu'il est dangere
ınts chez une éclamptique.
XVERDIN : Emploie-t-on ces
lui est arrivé d'être appelé
ıable hémorragie ; le col n'ét
ıia. Le confrère avec lequel
'erdin préféra dilater manue
/ersion et une extraction. Il
ER peut être en partie d'acc
ɔpsie la dilatation instrumer
ZER lit quelques passages du
rchiv für Gynækologie pour
ı pour l'emploi de son inst
t inadmissible. Il a l'impres
avec des instruments est un
général
ER prend la défense de M. d
ıs de service clinique à sa d
sur des femmes enceintes e
même de ne pas employe

ZER estime que si, pour une
ourcir la période de dila
cheuses et la morbidité des

IER est d'avis que l'emploı
ossi et de de Seigneux est tr
ılement pour faciliter la dil
ıres ; il en a constaté d'excel
cas d'une multipare âgée
ois nuits ; la tête fœtale étai
la grandeur d'une pièce de 2
ı litres d'eau chaude, qui du
t normalement et rapidemen
pas partisan des incisions du

procédé de Schultess, de Zurich, applicable déjà avant l'âge de deu
s; la *tarsoplasie de Vincent*, de Lyon, et enfin un procédé inédit fond
· la *transplantation tendineuse*, qui consiste en une greffe du tibia
térieur sur le court péronier pour empêcher l'enroulement du pied
Roux présente un enfant opéré par ce procédé.

Il présente encore :

1° Un *calcul vésical* extrait par la voie haute, chez un prostatique au
el on a également excisé le lobe médian de la prostate par la galvano
astique.

2° Les débris d'un *calcul lithotritié*.

3° Un *goître colloïde* ravagé par une hémorragie.

Dans une seconde communication intitulée : *Quelques remarques su
éus*, M. Roux attire l'attention sur l'importance qu'il y a à ne pa
endre d'avoir tous les éléments de diagnostic en main pour opérer. I
commande d'attacher une grande importance au signe de « l'intestin qu
pelle au secours » (borborygmes bruyants « professionnels ») pouvan
rer des mois souvent même des années. Dans cet état, les parois d
ntestin sont hypertrophiées, la suture sera facile s'il faut réséquer l'in
tin.

M. Roux cite en outre plusieurs cas d'ileus opérés trop tard :

1° Une femme guérie d'une tuberculose intestinale avec plusieur
récissements, opérée trop tard par une erreur anamnestique. Mort. So
estin avait crié au secours pendant trois semaines.

2° Une femme ayant souffert d'un abcès dans la fosse iliaque gauche e
i fut vidé par la fente ischiatique, entrée à l'Hôpital 36 heures après l
out d'accidents violents d'étranglement intestinal. Mort deux heure
rès l'operation. (Danger de l'intestin resté silencieux.)

3° Un malade opéré 36 heures après un étranglement herniaire. L'in
tin était d'une « étoffe » telle qu'on ne pouvait pas compter dessu
ur des sutures. Il fallut remonter jusqu'à l'estomac pour trouver un
se capable de surporter l'anastomose. Mort.

4° Un malade dont le tiers moyen de l'intestin était pincé dans un
de de l'épiploon ; des vomissements fécaloïdes étaient le seul élémen
diagnostic en faveur de l'iléus.

M. Roux admet que les ulcérations que l'on constate dans l'anse dilaté
nt dues à des troubles de circulation, à une nutrition défectueuse consé
ive à l'étranglement.

M. Müller demande à M. Roux ce que deviennent les vaisseaux san
ns dans la *tarsoplasie* pour pied bot. M. Roux répond que les partie
lles résistent très bien au pétrissement.

M. Herzen fait un exposé très captivant sur une *nouvelle phase d
question concernant les rapports fonctionnels entre rate et pancréas*
te communication a été résumée dans le numéro du 20 août de cett
vue. (Voir p. 548.)

M. Berdez expose la *pharmacologie et l'action thérapeutique de diverse*

spécialités. Quelques-unes ont un mérite réel, mais sont vendues à des prix hors de proportion avec les frais minimes de leur fabrication. Parmi celles-ci sont, par exemple l'ichtyol dont les propriétés antiphlogistiques et résorbantes sont vantées par les dermatologistes et les gynécologistes; l'urotropine qui a sur les cystites chroniques une influence si salutaire; la pertussine que l'on emploie avec les meilleurs effets contre la toux spasmodique en général, la coqueluche en particulier. Si dans les prescriptions l'on remplaçait les noms de guerre : pertussine par extrait sucré de thym, urotropine par hexaméthylènemétanine, ichtyol par isarol, on aurait des substances identiques, des effets par conséquent identiques aussi, tout en faisant faire au client une économie pouvant aller jusqu'à cinq cents pour cent.

M. Roux demande si l'on a fait des expériences pour s'assurer de l'inocuité de l'absorption prolongée d'urotropine et d'helmitol.

M. Berdez répond que oui et que ces médicaments paraissent bien supportés par les reins.

Le Secrétaire : Lassueur.

Séance du 12 novembre 1904.

Présidence de M. le Dr Campart, président.

Membres présents 44.

Le président annonce que le rapport de M. Mayor sur la défense des *intérêts professionnels* sera imprimé aux frais de la caisse et distribué aux membres de la Société.

MM. *A. Wartmann*, de Genève, *Zbinden*, de La Tour-de-Peilz, *Demiéville*, d'Yverdon et *Cornaz*, de Vevey, présentent leur candidature.

Il est procédé à l'élection, au bulletin secret, des délégués de la Société auprès du Comité romand. Sont élus MM. *Morax*, *de Cérenville*, *Krafft* et *Schrantz*.

M. Morax remercie en son nom personnel et au nom de ses collègues.

M. Campart lui répond que la Société est heureuse de savoir ses intérêts, soit auprès de la Société romande, soit auprès de la Chambre médicale suisse, en aussi bonnes mains.

Le président annonce que M. le professeur *Casimir Strzyzowsky* a bien voulu accepter de donner quelques conférences de chimie biologique sur des sujets d'actualité et d'un intérêt général. Ces conférences auront lieu après le 1er janvier.

M. Jaquerod lit un travail intitulé : *Le cautère aujourd'hui et le cautèr à l'ancienne mode*.

M. de Cérenville recommande également l'emploi du cautère. Duran sa longue pratique médicale, il a souvent eu recours à cet expédient san jamais en avoir d'ennuis. Il cite le cas d'une de ses clientes, tuberculeuse

ıce d

résic

sent
orése
ıttei
erço
égs
/pe
ne p
ı co
ıire
ı Fr
et
ı, un
raite
enf
état
ıde
diffi
la sy
a
péci
l est
els i
Que
?
Tr
lans
wiet
d'élc
quel
le l'
:
ni é
du
refoi
ı et
ıon,
que
lait
nıe l
de l
ıar l

cienne méthode de Verneuil. On a nourri ainsi le malade pendant quinze jours, puis on est revenu à l'alimentation naturelle. Pour l'écoulement des sérosités, on a placé des mèches de gaze iodoformée. La plaie a guéri par bourgeonnement, et aujourd'hui le malade se porte bien.

2° Un jeune homme qui se fit une *rupture de l'urètre* et une *fracture du bassin* Il s'agissait d'une fracture de la branche descendante du pubis. M. Girard ne croit pas que ce soit la fracture qui ait déterminé une déchirure de l'urètre. Il croit plutôt à une rupture de ce canal par distension. Pour éviter les risques d'un rétrécissement, il a fait une urétrotomie externe avec urétrorraphie. Malgré cela il y a une tendance au rétrécissement, et l'on est obligé de continuer la dilatation avec des bougies.

3° Un homme entré à l'hôpital pour une *plaie du talon*; un accident lui avait arraché toute la peau jusqu'au calcaneum qui fut quelque peu lésé. La plaie s'était lentement cicatrisée par bourgeonnement, mais le malade ne pouvait s'appuyer sur son talon pour marcher. La cicatrice s'ulcéra et il rentra à l'Hôpital. On lui fit une greffe, mais le pied se mit en équinisme total, empêchant encore la marche. Il revint encore à l'Hôpital. On aurait alors pu lui faire l'opération de Wladimiroff-Mickulicz, mais M. Girard préféra lui faire une nouvelle greffe. Cette fois on prit un large lambeau, épais, charnu, sur le mollet de l'autre jambe, qu'on laissa réuni par un pont. Au bout de trois semaines on libéra le lambeau par incisions successives du pédicule. Aujourd'hui on voit le lambeau libéré et bien adhérent au talon. Il ne s'agit plus que de parfaire le résultat en faisant lentement basculer le lambeau, de façon à avoir sa partie la plus épaisse à l'endroit où le talon est destiné à s'appuyer sur le sol.

4° M. Girard présente une *tumeur papillomateuse de la vessie* dont il a fait l'ablation, et qui est remarquable par son très grand volume.

M. Bard présente une femme âgée de 46 ans, qui a déjà fait deux séjours à l'Hôpital pour insuffisance et rétrécissement mitral d'origine rhumatismale. A son dernier séjour, elle était revenue pour asystolie et anasarque avec ascite. La digitale fit disparaître l'anasarque, mais non l'ascite. On fit à la malade plusieurs ponctions qui la soulagèrent. Elle partit, mais revint quinze jours après avec de l'ascite. Une ponction ne donna qu'un litre et demi de liquide légèrement hémorragique. L'ascite disparut, mais il reste une tension abdominale à direction transversale. Il s'agit d'une *péritonite chez une cardiaque*, qui, ce qui est inquiétant, s'accompagne de phénomènes d'obstruction. Si cette obstruction s'accentue, que pourrait-on faire au point de vue d'une intervention chirurgicale?

M. Girard, après examen de la malade, pense qu'il s'agit évidemment d'une tumeur, peut-être d'un kyste de l'ovaire avec papillome qui aurait donné lieu à cet ascite hémorragique. Une intervention lui semble légitime, tout en faisant des réserves à cause de l'état du cœur.

Le Secrétaire : Dr F. Guyot.

ces du 24 Novem

Présidence de

sents, 12 étran
ard est reçu me
les membres d
s fresques don
oré les murs.
r d'autres peint
sente un enfant
avait été préser
nt. Pour arrive
, qui n'est pas
t pas plus gén
lui-même.
: Est-ce qu'on
n y arrivera pe
que la repousse
arasite.
ite un homme
droite sans ap
e bras et la jam
contre les troul
toute la moitié
, douloureuses e
te de la notion
'hémianopsie.
avec troubles i
té expliquée au
st plus admissil
couche optiqu
ce propos des
a été publiée p
00) et chez le
utopsie.
: Quelle est la
ablement une

uvent observé
e fréquemment
présente un *a*
constate de *l'hé*
ent mais que l'o

Il s'agit d'un homme de 32 ans, Valaisan, malade depuis trois ans, mais bien portant auparavant. Les symptômes principaux, d'intensité variable, ont été des céphalées surtout frontales, des vomissements alimentaires, de la faiblesse des jambes et une aphasie transitoire qui fut de courte durée. Depuis le printemps le malade s'est plaint aussi d'une diminution progressive de la vue. Il vit alors le Dr Eperon qui porta un fâcheux pronostic visuel. Actuellement la vision de l'œil droit est de 0,03; l'œil gauche ne compte les doigts qu'à environ 75 cm. Le champ visuel, comme le montre le schéma périmétrique, est très peu rétréci du côté gauche, mais aboli du côté droit. La limite du champ obscur longe la verticale à environ 5 degrés de distance en contournant un peu le centre de fixation, ce qui se voit assez souvent, la partie centrale de la macula envoyant alors des fibres aux deux bandelettes. Eclairées en face ou du côté gauche avec la flamme d'une bougie, en chambre noire, ou avec le reflet ophtalmoscopique de cette flamme, les pupilles réagissent bien à la lumière; éclairées du côté droit, elles restent immobiles. C'est la réaction hémianopsique de Wernicke, ou rigidité pupillaire hémianopsique de Knies, dénomination qui paraît plus exacte. Ce phénomène est très important à constater parce qu'il localise exactement la lésion de l'arc réflexe opticopupillaire entre le chiasma et le corps genouillé externe. Quand il manque, on n'en peut rien conclure de précis. Il y a en outre un peu de ptosis à gauche et une légère parésie de l'abduction du même côté. L'ophtalmoscope montre chez ce malade une atrophie partielle combinée à une légère névrite, un peu plus prononcée à l'œil gauche. Il doit s'agir là d'un néoplasme comprimant ou lésant la bandelette optique gauche.

M. Bard : Il s'agit évidemment d'une tumeur cérébrale. Le malade nie tout antécédent spécifique; on a cependant essayé un traitement antisyphilitique qui n'a pas donné de résultat.

M. Weber présente un malade atteint de *troubles de la mémoire après une commotion cérébrale.*

X., 31 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, mais sans doute plus ou moins alcoolique, fait un soir une chute dans une grange. Le lendemain matin il est conduit à l'Hôpital cantonal; on constate des blessures superficielles; il est ivre. Il se développe chez lui un délire peu intense, mais pourtant de nature à rendre son séjour à l'Hôpital impossible. Il se lève la nuit, urine dans le verre de son voisin, parle seul, est complètenent désorienté. Il est conduit à Bel-Air au bout de quatre jours. Réaction psychique très lente, parole lente et monotone. Il est désorienté, incapable de retenir ce qu'on lui dit, bien que ses organes des sens fonctionnent parfaitement bien, il n'est pas halluciné. Peu à peu il se remet, mais la mémoire reste jusqu'à ces derniers jours d'une grande faiblesse. Il est aujourd'hui orienté. — Troubles corporels : La réaction pupillaire lente et insuffisante au commencement, est normale maintenant. L'urine contient une notable quantité de sucre. Matité sur le tiers inférieur du poumon gauche, en arrière, et en cet endroit, large contusion.

M. Webel peut aujourd'hui reconstruire l
l'aide du malade qui ne se souvient pas de
qu'il était ivre. Ce qui a suivi, le délire et sur
moire, peuvent être désignés comme un Korsa
Son apparition a sans doute été favorisée pa
lisme. Cependant c'est un Korsakow sympto
dû à des lésions organiques étendues, car tu
pareils troubles ont fait défaut, et la régression
rapide. Par contre, il est possible que le diat
que et presente peut-être une certaine concor
pillaires constatés au début.

M. Haltenhoff rappelle à propos de l'hypot
passagères dans la commotion cérébrale, qu
commotion de la rétine avec troubles fonction
à l'opthalmoscope, et d'autres où l'on trouve le
Berlin et qui porte le nom de celui-ci.

M. Haltenhoff cite à ce propos un accident
Une branche de bois vint frapper un œil, caus
jonctive avec ecchymose, et, dans la zone cont
gonflement œdémateux de la rétine, et de pet
niennes avec fonctions visuelles presque intact
la périphérie du champ visuel. Quatre jours
disparu. M. Haltenhoff se demande si le ce
pour ainsi dire qu'un prolongement extra-cr
tions ainsi que les affections vasculaires, par
ports avec celles de la rétine, ne pourrait
analogues, bénignes, rapidement regressives,
trôle anatomique.

M. G. Audroud, assistant, présente un mala
C'est un homme de 29 ans qui a eu, au com
lésion du gland mal définie, et qui n'a pas lai
semaines que l'affection actuelle a débuté d'un
douleur et de la raideur de la nuque et du d
accentués toujours plus, sans que le malade a
son travail. Il entre encore à pied à l'Hôpital.
raideur avec douleur de la nuque et du dos alla
du trismus. Le signe de Kernig existe Pas
Il a été pratique deux ponctions lombaires qu
liquide un peu trouble, sous forte pression, et
leucocytes polynucléaires. La ponction permet
méningite, sans trancher nettement entre meni
longée et méningite spécifique.

M. Bard : Le point intéressant est la pat
Le diagnostic de tuberculose à marche lente e
tion de polynucléaires dans le liquide de l

peut hésiter entre une méningite septique à évolution lente et une méningite spécifique. Au bout d'une année de syphilis peut-on avoir une méningite spécifique ? Cela n'est pas impossible.

M. Girard présente un malade qui a été victime d'un accident d'automobile. Il fut projeté sur le sol, la tête fortement pressée contre l'épaule droite. Perte de connaissance et amnésie remarquables. Il présente un état nerveux particulier étudié par M. Long. Le mécanisme de sa lésion a dû être une sorte *d'entorse de la colonne cervicale*, produisant une violente distension du plexus brachial.

M. Long, auquel M. le prof. Girard a envoyé ce malade pour faire l'examen des réactions électriques, montre comment le simple examen de la motilité permet de constater un degré notable de paralysie des muscles de l'épaule, du bras et des extenseurs des doigts, tandis que les fléchisseurs des doigts et les muscles innervés par le cubital paraissent intacts. A l'examen des réactions électriques, on voit que ces derniers ne sont pas tout à fait indemnes, mais c'est surtout pour les muscles de l'épaule et du bras qu'on constate une diminution de l'excitabilité aux courants faradique et galvanique, sans réaction de dégénérescence, il est vrai. Il n'y a donc pas une atrophie grave des muscles paralysés, ce qui s'accorde avec la quasi-intégrité de la sensibilité dans le territoire cutané innervé par la partie supérieure du plexus brachial. Il y a donc lieu d'espérer une amélioration rapide.

En résumé le traumatisme a produit chez ce sujet, par un choc brusque, une déchirure partielle des racines du plexus brachial, portant principalement sur les trois racines supérieures (5e, 6e et 7e cervicales). C'est le type Duchenne-Erb de la paralysie radiculaire brachiale, tandis que le type Klumpke, ou paralysie radiculaire inférieure du plexus brachial, est constitué par la lésion de la huitième racine cervicale et de la première dorsale ; il s'accompagne de troubles pupillaires.

M. Girard présente une femme atteinte de *genou valgus* excessivement prononcé. Les deux rotules paraissent comme luxées en dehors, lorsque la malade est étendue horizontalement.

Il montre deux pièces anatomiques provenant d'opérations :

1° Un *cancer annulaire du colon transverse*, provenant d'une femme de 57 ans. La tumeur présentait cette particularité de n'avoir causé aucun rétrécissement, et par conséquent aucun signe d'obstruction, et d'avoir manifesté sa présence par des hémorragies excessives. L'opération consista dans la résection de tout le colon transverse avec abouchement latéro-latéral. Guérison.

2° Une anse de l'iléon de 30 cm de longueur, réséquée pour *étranglé à la suite d'engouement dans une grosse hernie crurale* chez une femme de 56 ans. Cette anse présente une quantité de petites coudures ou méandres à angle aigu, accolés les uns aux autres par des adhérences très fermes et très-volumineuses. On s'explique facilement que la simple pénétration de cette anse dans le sac herniaire pût amener une obstruction,

la tuberculose, étudie un des dangers les plus graves que fait courir à la santé publique l'afflux de plus en plus grand des populations rurales dans les villes : il montre les terribles ravages que cause la tuberculose dans la population ouvrière de Paris, constituée pour les deux tiers par des transplantés. L'immigré fournit, en effet, un taux proportionnel de mortalité par tuberculose beaucoup plus considérable que celui des Parisiens d'origine. En particulier, à l'hôpital, ce chiffre n'est pas inférieur à 62 %, et, comme la mortalité par tuberculose dans les hôpitaux de Paris, en particulier à l'hôpital Tenon, est exactement de 46,7 %, c'est à dire de près de la moitié de la mortalité totale, il est facile de se rendre compte des réels périls que court, à Paris, l'ouvrier des champs que l'appât d'une vie plus facile et d'un travail en apparence plus rémunérateur attire vers la ville.

Cette étude, enrichie d'observations, de tableaux, et de nombreux cartogrammes, sera consultée avec profit par ceux qui s'intéressent aux questions de médecine générale. Elle comprend les chapitres suivants :

I. Immigration à Paris.— II. La mortalité par tuberculose à Paris pendant les années 1901 et 1902, envisagée dans ses rapports avec l'exode rural. — III. La mortalité par tuberculose dans les services de médecine des hôpitaux parisiens, en particulier dans ceux de l'hôpital Tenon, de 1879 à 1903. Ses rapports avec la mortalité générale des hôpitaux. Ses rapports avec l'exode rural. — IV. Cause de la vulnérabilité plus grande des immigrés vis-à-vis de la tuberculose. — Déductions générales.

G. Weiss. — Précis de physique biologique, 1 vol. in-8 de 528 p. avec 513 figures (*Collection des précis médicaux.*) Paris 1905. Masson et Cie.

Dans ce petit volume, l'auteur, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, étudie les principales applications de la physique à la biologie, qui doivent entrer dans le cadre des connaissances d'un étudiant à la fin de ses études et de tout médecin instruit. De nombreuses illustrations, un exposé simple et concis des sujets traités rendront ce manuel fort utile à tous ceux qu'intéresse la physique appliquée à la biologie.

J.-L. P.

M. Auvray. — La chirurgie du médiastin antérieur. 1 vol. in-8 de 224 p. avec 23 pl. Paris, 1904, J.-B. Baillière & fils.

Les faits contenus dans l'étude de M. Auvray, prof. agrégé et chirurgien des hôpitaux de Paris, sont suffisamment nombreux pour juger de l'importance de la chirurgie du médiastin antérieur. Elle est appelée à fournir d'heureux résultats dans certaines plaies et surtout dans les suppurations du médiastin. Des abcès froids, même étendus, ont donné d beaux succès, malgré la gravité de l'opération pratiquée sur le squelett et, en ce qui concerne les abcès chauds, on peut affirmer que la guériso doit en être obtenue dans la majorité des cas. Il en est de même pour l goître rétrosternal, dont la thérapeutique pourra bénéficier de la résectio

nubrium appliquée au traitement palliatif et curatif
tre. Les statistiques publiées dans ce livre sur le
ysmes des gros vaisseaux du médiastin méritent d
se considération. Elles prouvent que, dans tous les
médical bien dirigé a échoué, le chirurgien peut rec
des ligatures qui a fourni un assez grand nombre d
tement chirurgical des tumeurs du médiastin a donn
les dans les cas de tumeurs bénignes et en partic
ides. Voici un aperçu des matières traitées : I. Anato
opératoire : incision des parties molles, résection
ffections justiciables de l'ouverture du médiastin :
achéo-bronchiques ; 2° Plaies et corps étrangers du
3° Médiastinite. Abcès du médiastin ; 4° Tumeur
itre rétrosternal ; 6° Anévrysme des gros vaisseau
eur. *a*) anévrysmes de la crosse de l'aorte ; *b*)
brachiocéphalique et de l'origine de la carotide p
lavière gauches. Ligatures de la carotide et de la s
de l'anévrysme. Ligatures du tronc artériel br
re de la carotide primitive et de la sous-clavière
stin.

VARIÉTÉS

CROLOGIE. — Nous avons eu le regret d'apprendr
s confrères de la zone, le Dr Charles-Antoine Jac
ment à St-Julien dans sa 41e année. Il était très
ien et représentait son arrondissement au Consei
-Savoie. Il a été enseveli le 6 décembre dernier à S
ombreuse assistance lui a rendu les derniers honn

UMENT ET FONDS FINSEN — Il s'est constitué en
la mort de Niels-R. Finsen, un comité pour recuei
ériger un monument au regretté savant et de former
un but scientifique et humanitaire, tel qu'il l'au
. Quatorze cents personnes, appartenant à toutes les
ées au peuple danois pour l'engager à participer à
grets laissés par Finsen ont été si universels que le
ar les demandes de nombreux médecins et mal
que toutes les nations civilisées voudront prendr
onnaissance et d'humanité. Finsen, comme chacu
dans l'intérêt de tous. Il a donné des soins avec
illance aux malades étrangers accueillis dans son
rs considéré comme un devoir très honorable de fai
ins de tous les pays le traitement par la lumière
r.

Le comité prie tous ceux qui voudront bien prendre part à la souscription, d'adresser leurs dons à M. le prof. Dr Jadassohn, 53, Laupenstrasse, Berne.

W. Joergensen, *président*. D. H. Jacobæus, *secrétaire*.

Distinctions. — L'Institut de France a décerné le prix Philippeaux (physiologie expérimentale) à M. le Dr Cristiani, prof. d'hygiène à l'Université de Genève, et une mention honorable dans le concours du prix Monthyon (médecine et chirurgie) à M. le Dr Robert Odier, de Genève.

Caisse de secours des médecins suisses. — Dons reçus en novembre 1904.
Argovie. — Dr A. Müller, fr. 20, (20+280=300).
Berne. — Dr Escher, fr. 25, (25+1025=1050).
Schaffhouse. — Société des médecins du canton de Schaffhouse, par M. le Dr E. Rahm, fr. 100, (100+5=105).
Vaud. — Dr Chatelanat, fr. 100, (100+685=785).
Zurich. — Drs A. Schoch, fr. 10; A. de Beust, fr. 10, (20+1200=1220).
Pro divers. — Dr Zürcher, Nice fr. 20, (20+4253.70=4273.70).

Ensemble fr. 285. Dons précédents de 1904, fr. 11,013.70. Total fr. 11, 298.70.

Bâle, le 1er Novembre 1904. *Le Caissier*, Dr P. Von der Mühll
Aeschengraben, 20.

OUVRAGES REÇUS. — G. de Saint-Paul. — Le langage intérieur et les paraphasies (la fonction endophasique). Un vol. in-8° de 316 p. (*Bibliothèque de philosophie contemporaine*), Paris, 1904, F. Alcan.

G. Leven. — L'obésité et son traitement; un vol. in-12° de 142 p. Paris 1904, A. Joannin.

R. Sorel (Dijon). — Statistique des opérations pratiquées en 1903. Broch. in-8° de 15 p. extr. des *Arch. prov. de chir.*, sept. 1904.

Zezas. — Die chirurgische Behandlung der Magendilatation; broch. in-8° de 17 p., extr. du *Centralbl. für die Grenzbiete der Med. und Chir.*, 1904, n° 17. — Ueber die Resultate der chirurgischen Therapie der typhösen Perforationsperitonitis; broch. in-8° de 32 p., extr. de la *Wiener Klinik*, nov. 1904. — Ueber die hysterische Skoliose; broch. in-8° de 24 p., avec une planche, extr. des *Arch. internat. de chir.*, 1904, vol. II. fasc. 1.

Prof. Cristiani. — Résumé des travaux du laboratoire d'hygiène expérimentale de l'Université de Genève, I, 1903-1904; un vol. in-8° de 88 p. Genève, 1904, Georg et Cie.

H. Bordier, prof. agr. à Lyon. — Les rayons *N* et les rayons N_1: un vol. in-16 de 95 p., avec 16 fig. (*Actualités médicales*). Paris 1904, J.-B. Baillière et fils.

L'œuvre médico-chirurgical: 39° Ch. Achard. Le rôle du sel en pathologie; broch. in 8° de 40 p. Paris 1904, Masson et Cie.

Pegurier. — Le climat du littoral méditerranéen, ses caractères, sa formule, ses applications thérapeutiques; broch. in-8° de 27 p., extr. d *Journ. med. du littoral méditerranéen*, oct. 1904.

E. Sommer. — Thermopalpatorische Untersuchungen über die Temperatur in äusseren Gehörorgan; broch. in-8° de 6 p. avec un graphique extr. de la *Berl. klin. Woch.*, 1904, n° 39.

bibliogra

A

uditive, 7
Troubles

— vagin

ternelle,
stiques de
rratum),
que, 789.
de l'— o
gén. Tr

rolyse, 7
ique, 29
enfants
pérée, 23
Péricolite

ure etc.

que, 670 E
ie 149, 5
, 386 —
e la Com

, 62 (*Voi*
sionnels).
72 B

B

r et eau,

entérites.
302. E
r. dans —
ré, 168.
Dr H. —,
et bibliog

-- très n
me des
lans arri
opération.
315 B.
inj. de
.

Crâne et encéphale, blessures par coup de feu, 314 B.
Craniectomie temporaire pour épilepsie Jacksonnienne, 439.
Cuir chevelu. Maladies du —, 254 B.
Curettage de l'utérus. 663. Inconvénients du — dans f. puerpérale, 302.

D

Délire aigu chez aliénés, 166.
Dilatateurs utérins, 237, 252 B, 474, 595, 781.
Diphtérie, suivie de persistance du Lœffler, 441, — transmissible par l'eau 228, 498, 772. Rem. sur l'art. du Dr Taillens sur sérothérapie contre —, 34, 151. Statistique de la — à l'Hôp. Gourgas. 441.
Ducellier. Mort du Dr —, 240.

E

Eau agent de transmission de la diphtérie. 228, 498, 772.
Electricité médicale, 795 B.
Embolie croisée par persistance du trou de Botal, 164.
Enfance. Traité des mal. de l'—, 72 B, 381 B, 734 B.
Entérites. Bactériologie des —, 232.
Entorse cervicale suivie de paralysie brachiale, 794.
Epilepsie, traitée par hypochloruration, 66. — Jacksonnienne, craniectomie temporaire, 439.
Epiphyse sup. du radius. Dislocation d'—, 214.
Epithéliomes calcifiés, 317, 389, 457, 513.
Etudiants en médecine de la Suisse, 172, 511.
Exclusion du gros intestin pour mégalocolon. Suites d'une —, 63.

F

Fango de Battaglia, 373.
Favus, 300, 307, — guéri par radiothérapie, 791.
Fibromyomes utérins. Indications opératoires des —, 419, 612. Traitement des —, 310. Kyste de l'ovaire accompagnant —, 617.
Fièvre des foins. 502.
Fissure osseuse du genou, 342.
Formulaire magistral, 256 B.
Fracture, des os longs, traitement pratique, 257 B. — de l'humérus et du fémur, 735 B. — des métatarsiens par marche (pied forcé), 122. — rare du radius, 214, 226. — du scaphoïde par compression, 222. — du tibia, 373. — de la tubérosité ant. du tibia, 342.
Fulguration, 374.
Funiculite aigue suppurée à coliba cilles, 752.

G

Gastroentérostomie, 231.
Génito-urinaires. Chir. des — 450 B.
Genou, valgus, 794. — Lipome diffus arborescent du —, 68.
Gœdlin. A la mémoire du colonel —, 171.
Goudronnage et pétrolage des routes, son influence sur la poussière et les germes vivants de l'atmosphère, 45. Id., étude expérimentale, 109.
Graminée dans les bronches, 778.
Grossesse extra-utérine, 302, 665.
Gynecologia helvetica, 576 B.
Gynécologie. Traité de —, 314 B.

H

Hématome du mésentère, 618 B.
Hémianopsie avec signe de Wernicke, 791.
Hémiplégie droite sans aphasie, 791.
Hémorragie méningée, 164, 168.
Herniaire. Rupture traumatique d'intestin dans sac —, 373.
Hernie, crurale étranglée, 794. — diaphragmatique étranglée, 231. Technique de l'opération radicale de la — ombilicale, 537.
Histologie, Atlas d'— comparée des vertébrés, 376 B. Manuel technique d'—, 669 B.
Hydrocéphalie syphilitique. Deux cas d'—, 779.
Hygiène, Traité d'— (falsifications et altérations), 253 B. Congrès d'— scolaire, 508.
Hypochloruration, 787.— dans trait. d'épilepsie. 66.
Hystérectomie abdominale, pour cancer du col avec néphrectomie pour fistule urétéro-vaginale, 439, — pour kystes bilatéraux de l'ovaire, 239.

I

Ileus, 373, 785.
Immunité, 233.

nfirmières en France et en Angleterre, 620 B.
nsuffisance aortique, 239.
solement et psychothérapie, 381 B.

J

acquemard. Mort du Dr, 797:
alliard. En l'honneur du prof. —, 507. Lettres au Dr Ch. —, 453.
umeaux. Anomalie d'un placenta de —, 428.

K

Kérion, 167, 239, 647.
Kyste, du fémur suivi de fracture, transplantation du péroné, 310,— spermatique, 375.

L

Laparotomie, méthode de Pfannenstiel, 162.
Larguier des Bancels. Mort du Dr. — 384.
Leucémie myélogène, 62.
Lipome diffus arborescent du genou, 68.
Lipite plastique, 239, 308, 374, 726.
Luxation des os propres du nez, 55.

M

Mal de Pott à Pinchat, 780.
Maladie de Paget (?), 161
Médecine. Traité de —, 620 B.
Médecins militaires. Cours pour —, 672.
Mémoire. Troubles de — après commotion cérébrale, 792.
Médiastin antérieur. Chir. du —, 796 B.
Méningée. Hémorragie — 164, 168.
Méningite, 793, — cérébro-spinale, ponctions lombaires multiples, guérison, 502.
Mésentère. Hématome du —, 618 B.
Métatarsiens. Fract. des — (pied forcé), 122.
Myxœdémateuse, 779.

N

Naissance et mort, 670 B.
Néphrectomie pour fistule urétéro-vaginale, 439
Néphrites Trait. chir. des — 313 B.
Nerfs coupés. Dégénérescence et régénération des termin trices des — 437, 493.
Neurone, 575 B.
Névrite radiculaire sens ce, 619 B.
Nez, Luxation des os pro 55.

O

Œdème aigu des paupièr
Œil. Anat. et physiol. moteur de l' —. 382 de l' — après fulgurat
Ophtalmoscopie. Centens 577.
Oreille. Corps étr de l'
Ostéomalacie, traumatiq traitée par ovariotomi
Ostéopériostite tub. du 784.
Ovariotomie pour ostéom

P

Pancréas et rate. Rappor nels, 548.
Paralysie, radiculaire br te d'entorse cervicale, ciale périphérique. De 502.
Parasite du cancer (co Feinberg). 169 B.
Paupières. Œdème aigu
Peau. Thérap. des mal. 314 B.
Pelade. Contagiosité de Pseudo — décalvante les rayons X, 300.
Peladiques. Cheveux — exposés aux rayons X.
Pelvipéritonite puerpéra
Péricolite cicatricielle p culaire, 4.
Péritoine, Inflam. du — vibrations manuelles.
Péritonite, chez cardia traumatique guérie p costale, 435
Péroné transplanté, 310
Pétrolage des routes (vo nage).
Pharmacie de poche d' romain, 376 B.
Photothérapie et radioth 276.
Physiologie. Congrès — Traité de —, 313 B.
Physique biologique, 78

341B
434+